PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO O DELL'INFANZIA

"Disciplina che si occupa di descrivere e comprendere le deviazioni, difficoltà o alterazioni dei processi evolutivi dalla nascita alla vita adulta. Per comprendere e descrivere queste traiettorie atipiche di sviluppo, si fa riferimento al fatto che una componente della psicopatologia dello sviluppo riguarda i sistemi di classificazione, ovvero occorre descrivere in maniera puntuale le caratteristiche dei diversi modi per cui lo sviluppo non avanza secondo una tipicità considerata adeguata, data l'età del bambino e le sue condizioni. Una prima componente di questa disciplina riguarda quindi l'idea che dobbiamo individuare, descrivere e classificare le caratteristiche dello sviluppo atipico, ovvero quando un bambino o un adolescente non cresce così come ci si aspetterebbe e quali sono i significati specifici di quella deviazione che il bambino o adolescente fa rispetto alle aspettative. L'altra componente riguarda l'assessment: per capire che un bambino o un adolescente sta iniziando un percorso di sviluppo atipico, devo avere strumenti adatti a valutare lo sviluppo atipico. C'è quindi l'aspetto classificatorio e di descrizione delle categorie dello sviluppo atipico e poi gli strumenti che misurano la direzione in cui lo sviluppo atipico sta andando e anche la quantità e gravità della deviazione del bambino o adolescente dall'aspettativa di sviluppo tipico. Quando abbiamo delle definizioni dobbiamo pensare e attuare modelli di intervento, basati sui due aspetti precedenti, ovvero sulle descrizioni che io conosco e sulle valutazioni effettuate. Tre aspetti fondamentali di questa disciplina: individuare, descrivere e comprendere le caratteristiche dello sviluppo atipico -> avere un modello di descrizione di quella patologia. Assessment -> ricerca degli strumenti adatti. Modelli di intervento. Dobbiamo però sapere come dovrebbe andare lo sviluppo tipico di un bambino o di un adolescente perché questo ci permette di fare ipotesi e quindi di verificare se un bambino sta evolvendo secondo aspettative di sviluppo tipico o atipico. Si parla quindi di aspettative evolutive e atipicità. Molti autori sostengono che la psicologia dello sviluppo e la psicopatologia dello sviluppo non debbano essere viste come due discipline separate ma come due facce della stessa medaglia: nella misura in cui conosco le fasi e i processi dello sviluppo tipico, posso comprendere anche i processi di sviluppo atipici o psicopatologici. Quando osservo una psicopatologia (sviluppo atipico), ciò che dobbiamo osservare è: età cronologica, età di sviluppo e caratteristiche individuali se una particolare funzione è consona o meno all'età anagrafica / cronologica del bambino età di sviluppo: il bambino non viene comparato in base alla sua età anagrafica ma al suo livello di sviluppo, per cui si può dire che "una funzione è in ritardo, ma dato che il bambino ha delle caratteristiche tipiche di un bambino di due anni, forse sta ritardando ma sta all'interno di un sistema che si sta ancora evolvendo" - caratteristiche individuali di un singolo bambino: a parità di età e di livello di sviluppo, ciascuno di noi è differente (temperamento, genere…) le funzioni di cui sto osservando le difficoltà possono essere mobili o rigidamente bloccate o in difficoltà. Bisogna osservare se il suo sviluppo atipico è modificabile: siamo di fronte ad una difficoltà molto strutturata o ad una con dei margini di movimento? quelle funzioni in difficoltà occupano tutte le competenze del bambino (motorio, linguistico, cognitivo) o lasciano delle parti di sviluppo libere? Questo è legato al concetto di pervasività della psicopatologia. Pervasività e mobilità danno la misura della gravità della psicopatologia: se abbiamo un percorso di sviluppo in cui un sintomo / difficoltà è molto rigido, pervasivo e regressivo rispetto all'età anagrafica e alle caratteristiche del bambino, siamo di fronte ad una patologia preoccupante. Se solo qualche funzione è in difficoltà e questa si può muovere e se nel bambino ci sono caratteristiche di sviluppo tipico, siamo di fronte ad una patologia meno grave. contesto di vita del bambino: nessuna patologia è uguale alle altre in virtù del contesto in cui emerge e in cui si mantiene. Quanto il contesto favorisce i contesti di sviluppo del bambino o l'emergere della psicopatologia e del suo mantenimento? Se il contesto è supportivo, è più probabile riuscire a modificare la traiettoria di sviluppo atipico del bambino. Questi aspetti, considerati insieme, sono legati al criterio di bilanciamento tra i fattori di rischio

e di protezione. I fattori di rischio sono sempre presenti nella nostra vita perché non sono pericoli, ma rischi; siamo tutti sempre esposti a potenziali pericoli. Insieme ai fattori di rischio, ci sono i fattori di protezione: siamo sempre esposti anche a questi, ma hanno il potere di contrastare il rischio."

Fattori di rischio = condizioni interne all'individuo o appartenenti al contesto affettivo di riferimento che interferiscono con il suo adattamento salutare. Fattori di protezione = caratteristiche individuali o contestuali che possono essere considerate come ostacoli all'emergere della patologia, riducendo l'impatto del rischio e potenziando la capacità di coping e resilienza del bambino.
In psicopatologia, ci troviamo di fronte a situazioni in cui, in alcune famiglie, genitori e bambini, i fattori di rischio sono così tanti e potenti, e i fattori protettivi così pochi e fragili da non poterli contrastare; e quindi la psicopatologia non si basa solo su caratteristiche dell'individuo ma anche sul fatto che, dato quell'individuo, probabilmente ci sono stati durante la sua esistenza dei fattori di rischio così forti da andare incontro ad uno sviluppo psicopatologico.
Il bilanciamento tra fattori di rischio e protezioni:

quanti sono gli uni e quanti gli altri; se sono sproporzionati (+ rischio, - protezione), quelli di protezione non possono colmare. Il numero dei fattori di rischio è un indicatore importante che ci fa capire a che livello di difficoltà è esposto quel bambino e quella famiglia
quantità e durata dei fattori di rischio: possiamo avere un fattore di rischio unico ma permanente oppure qualche fattore di rischio ma breve e puntuale
tipologia dei fattori di rischio.

Nell'infanzia, quanto più il bambino è legato e vicino alla fonte del rischio, tanto più quel rischio è pericoloso. Per il bambino, i rischi che derivano dalle sue fonti affettive sono più gravi e patogeni rispetto a quelli che derivano da fonti esterne. Non possiamo mai fare una valutazione del bambino senza incontrare la sua famiglia.
Le difficoltà che il bambino incontra nel superamento dei compiti evolutivi possono diventare fattori importanti di vulnerabilità e aumentare il rischio di esiti psicopatologici.
I compiti evolutivi sono:

regolazione degli affetti = capacità di dirigere, controllare e modificare i propri affetti. È una competenza che emerge nel contesto della relazione madre – bambino e influisce sia sulla capacità di intrecciare relazioni positive durante la vita sia sull'adattamento a contesti e situazioni
sviluppo dell'attaccamento = relazioni con i caregivers primari, rappresentazioni mentali delle figure di attaccamento, di sé stessi e dell'interazione con gli altri. Influenza sulle aspettative delle relazioni future
autonomia e sviluppo del sé = durante il 2° anno, il bambino sviluppa maggiore autonomia nelle diverse aree del Sé, acquisendo maggiori capacità di autoregolazione
relazioni amicali = significativo durante il periodo che precede l'ingresso del bambino nel sistema scolastico e durante i primi anni di scuola

adattamento scolastico = integrazione con il gruppo dei pari, un profilo soddisfacente e lo sviluppo della motivazione al successo.

La psicopatologia viene qui affrontata da un punto di vista psicodinamico: siamo interessati quindi a descrivere le caratteristiche tipiche, a valutarle e programmare degli interventi e anche a cercare di comprendere e riflettere sui processi profondi che possono aver generato quella situazione di disagio evolutivo (capire i significati di ciò che stiamo descrivendo).
In psicopatologia ci dobbiamo occupare almeno di quattro bambini: esiste un bambino reale (com'è il bambino, cosa lui ci racconta di sé), il quale si trova in un processo per cui i genitori spesso ci riportano un bambino ricostruito, descritto; il bambino ricostruito deve anche essere un bambino osservato, attraverso metodi osservativi che ci permettono di dire cosa fa o cosa non fa; infine si arriva al bambino clinico, ovvero il bambino ottenuto unendo tutte le figure precedenti.
Un errore che si fa è quello di vedere ed osservare il bambino solo per i suoi aspetti disfunzionali (non legge, picchia i compagni, ADHD). Il bambino clinico, quello che arriva a noi e che noi inquadriamo dentro le nostre categorie diagnostiche, lo dobbiamo tenere in considerazione in base a tutti i livelli precedenti. Non dobbiamo far sì che l'etichetta diventi identità clinica: costruire la propria identità sull'etichetta clinica che ci è stata data -> bisogna evitare!
Inizialmente, bisogna intervenire sui fattori protettivi, e quindi su ciò che c'è di buono nel bambino e nella famiglia: i fattori protettivi devono essere potenziati! Quando il bambino ha una psicopatologia, ha comunque qualcos'altro che funziona ed è necessario lavorare anche su quelle per potenziare ciò che funziona bene per facilitare il fatto che i processi di sviluppo proseguano anche a fronte delle difficoltà. A volte la psicopatologia dei bambini serve patologicamente perché quel sistema familiare deve avere una difficoltà al suo interno, altrimenti se ne crea un'altra.
I tre approcci su cui lavoreremo sono:

teoria dell'attaccamento: dalla nascita, ogni essere vivente è orientato e programmato a costruire almeno un legame con un Altro significativo; il ruolo di questa persona è di protezione nei nostri confronti. Se l'altro non è adeguatamente protettivo, il legame si costruirà ugualmente ma non sarà di aiuto allo sviluppo; anzi lo renderà difficile o, in caso negativo, può comprometterlo. La teoria dell'attaccamento sostiene che per crescere occorre instaurare almeno una relazione protettiva. Se i bambini non ne hanno avuto almeno una durante il loro sviluppo, la crescita non si fermerà ma avrà delle difficoltà. La teoria sostiene che le relazioni aiutano a crescere e che il venire protetti (anche fisicamente) è la condizione minima per lo sviluppo, anche cognitivo. La relazione protettiva serve all'inizio della vita in quanto si hanno maggiori probabilità di sopravvivere e aiuta ad imparare a proteggere. Solo le nostre esperienze come figli, sono la guida alla quale attingere quando ci dovremo occupare di qualcun altro. Un genitore inadeguato non è sempre una persona cattiva ma anche un bambino che è stato poco curato.
L'autore di questa teoria è lo psicoanalista BOWLBY, il quale sostiene che non sono le relazioni rappresentate ad essere utili ma sono le rappresentazioni reali (non

esclusivamente quella mentale, ma anche l'esperienza concreta). A partire dalle osservazioni sul modo in cui i bambini si comportano in determinate situazioni, l'autore cerca di descrivere fasi precoci del funzionamento della personalità; da qui derivano le previsioni sull'evoluzione successiva. Cerca di descrivere modelli di reazioni, che si verificano sistematicamente nella prima infanzia per poi delineare come modelli di reazioni simili possano ritrovarsi anche nelle fasi evolutive successive.

Infant Research: modello di matrice psicoanalitica recente. L'assunto centrale è la spinta del focus da bambino passivo a bambino attivo: ognuno di noi, fin dalla nascita, è un componente attivo nel mondo in cui si confronta. Il modo in cui un bambino risponde a uno stimolo dell'ambiente è una forma di partecipazione attiva all'ambiente stesso. Siamo da sempre agenti attivi del cambiamento nel nostro contesto. I bambini, dall'ultimo trimestre di gravidanza, agiscono per interagire e modificare il proprio ambiente. L'Infant Research, focalizzandosi sulle espressioni facciali del bambino e del suo diretto interlocutore (genitore), ha rilevato gli affetti su base corporea; la comunicazione implicita è il mezzo espressivo più usato dai bambini nelle fasi precoci dello sviluppo ed è ciò che orienta il processo diagnostico, per rilevare i segni di disagio in un paziente che "non può parlare". Prima di giungere all'attuale concezione del bambino, il bambino veniva considerato passivo (inizio '900 – Freud e il bambino ricostruito dall'adulto, il caso del piccolo Hans). Grazie alla psicoanalisi infantile, ci si focalizza sul paziente/bambino e sul suo mondo relazionale (ruolo dei genitori).
Neuroscienze: i processi relazionali e comportamentali hanno una base biologica; dobbiamo considerare la base biologica per conoscere e comprendere i processi di sviluppo cognitivi e affettivi-relazionali. Ci sono aree cerebrali che servono per costruire relazioni. Le conoscenze sul cervello e sulla biologia devono essere unite con le conoscenze sul bambino e sulle relazioni.
Oggi l'approccio dinamico sta in un insieme intersezione tra i risultati e le riflessioni dei tre punti di vista sopra riportati. Unire le caratteristiche biologiche, con quelle del bambino e con quelle delle relazioni ci danno una nuova idea clinica legata all'interazione con il bambino clinico con la presa in considerazione della relazione contesto – bambino: ogni situazione clinica deve essere osservata all'interno di un sistema complesso (può generare la patologia, mantenerla oppure quello che ci aiuta a risolverla).
Lo sguardo con cui si sta guardando alla psicopatologia dello sviluppo è complesso e articolato; l'identificazione e classificazione delle traiettorie di sviluppo atipiche o disfunzionali passa attraverso la considerazione di tutti i livelli visti. L'agire terapeutico è orientato alla prevenzione primaria del malessere psichico, o qualora non fosse possibile, nella strutturazione multidimensionale dell'intervento clinico.
Molti autori considerano sia il punto di vista del bambino ma anche quello dei genitori, perché sono il contesto nel quale nasce e cresce. In particolare, DANIEL STERN (psicoanalista e psicologo dello sviluppo) ipotizza l'idea che avere un bambino sia una condizione rispetto alla quale noi dobbiamo conoscere molto di più di ciò che si teneva in considerazione delle epoche precedenti: transizione alla genitorialità, genitorialità, costellazione materna. Abbiamo a che fare con l'idea che avere un bambino significa attivare in maniera specifica le proprie competenze di cure. Ciò corrisponde all'idea che si costruisce una costellazione mentale e comportamentale nei genitori che è completamente

diversa rispetto alle epoche precedenti e fa sì che nei genitori si riattivi una condizione legata alle cure ricevute. Oggi abbiamo nuovi pazienti con problemi che vengono identificati in modo nuovo: ritardi evolutivi e il loro impatto su bambino e famiglia, pianto eccessivo ed incontrollabile, difficoltà legate al sonno e all'alimentazione.
Caratteristiche del nuovo paziente prototipico:

Partorire, avere un bambino o problemi con lui sono normali eventi di vita.
I genitori hanno una struttura psicologica diversa da altre popolazioni cliniche.
La relazione genitore – bambino ha un aspetto interpersonale e uno intrapsichico.
Le madri sviluppano un'organizzazione, chiamata costellazione materna.
La funzione genitoriale non si fonda sull'essere genitori ma sull'essere stati figli e sul sapere riattivare le cure ricevute su qualcun altro (bambini, anziani, animali). La funzione genitoriale è complessa, legata in parte all'avere figli biologici ma non esaurisce la definizione della funzione stessa in quanto essa è legata alla capacità di ciascuno di noi di prendersi cura di qualcuno esterno a noi stessi.

Funzione genitoriale = definisce una capacità presente in ciascuno di noi di prendersi cura di qualcuno al di fuori di sé. Nasce anticamente nelle nostre vite, nel momento in cui sperimentiamo l'esperienza di qualcun altro che si è preso cura di noi e che ha messo in atto emozioni, comportamenti, pensieri che ci hanno permesso di sentirci curati. La funzione genitoriale non è legata all'idea di essere genitori ma di essere stati figli -> permette di costruire la funzione genitoriale.
Quando ci occupiamo del benessere e della crescita di qualcuno, si attiva la funzione genitoriale, la quale pesca nella nostra vita passata e la troviamo quando ci voltiamo indietro e attiviamo le cure ricevute. Le persone che non hanno avuto qualcuno che si è preso cura di loro in modo protettivo, faranno fatica a prendersi cura di qualcuno e a svolgere la funzione genitoriale. Bambini non curati o malcurati possono manifestare un disagio psichico, non perché hanno caratteristiche psicopatologiche ma perché il sistema di cura nel quale sono inseriti non è adeguato.
La funzione genitoriale è una funzione evolutiva: le funzioni genitoriali attingono alle cure ricevute, ma queste possono essere modificate perché incontriamo altre esperienze relazionali dopo quelle primarie e perché la funzione genitoriale dipende da noi ma anche dalle persone delle quali dobbiamo prenderci cura -> è una funzione relazionale.

È la nostra storia che deve confrontarsi con le caratteristiche di altri. Le caratteristiche comportamentali incidono e costruiscono la funzione genitoriale. La nostra capacità di prenderci cura di qualcuno dipende dallo sviluppo dell’altro ma anche dal nostro momento esistenziale. I genitori amano tutti i figli allo stesso modo ma la qualità della relazione genitoriale cambia da figlio a figlio.
Le funzioni della genitorialità sono:

Funzione protettiva = tipica del caregiver; consiste nel fornire cura, protezione e conforto al bambino dalla nascita. Su questa funzione si struttura il legame di attaccamento sicuro/insicuro.
Funzione affettiva = sintonizzazione affettiva, arousal, tono vitale.

Funzione regolativa = regola rotture e riparazioni dell'interazione, nei quadri patologici specifici.

Funzione rappresentativa = importanza del passaggio nella mente dei genitori dal bambino immaginario e reale che si incontra e si conosce negli schemi di essere con, alla base delle rappresentazioni interne generalizzate, che dopo essersi strutturate nel mondo intrapsichico, influenzeranno l'agire del bambino nello sviluppo cognitivo, sociale, ludico.

Funzione fantasmatca/proiettiva = la funzione proiettiva del passato irrisolto dei genitori depositato transferalmente sul bambino diventa leva terapeutica per impostare programmi di intervento sulla relazione genitore–bambino in fasi sempre più precoci dello sviluppo.

Funzione mentalizzante = la madre struttura la mente del bambino nella capacità di riflettere i propri e altrui stati mentali, dando un senso ai suoi bisogni, ai suoi gesti all'inizio casuali in un progetto co-costruito che gli permetterà di cogliere e interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali (bisogni, desideri, emozioni). Si dà ai bambini l'opportunità di sviluppare l'intelligenza sociale, di acquisire la capacità di regolazione affettiva e di controllo attento.

Rapporto tra qualità della funzione genitoriale e funzionamento dell'individuo = un individuo con una particolare patologia (ad esempio, la depressione) può svolgere un'adeguata funzione genitoriale verso un bambino? Le due cose, secondo molti autori, non coincidono, nel senso che anche adulti con una psicopatologia individuale importante possono vedere preservata la loro capacità di funzione genitoriale; non c'è quindi corrispondenza assoluta tra psicopatologia individuale e psicopatologia genitoriale. L'incompetenza genitoriale va valutata nello specifico per ognuno dei genitori che si rivolge a noi. Se inoltre valutiamo oggi la funzione genitoriale di qualcuno, non possiamo assumere che resti identica per tutta la vita, perché essendo una funzione relazionale evolutiva potrebbe migliorare o deteriorarsi sulla base di esperienze che si accumulano nel frattempo. La funzione genitoriale va valutata ogni volta per ogni figlio.
La funzione genitoriale si muove su due livelli:

Rappresentazionale = insieme di pensieri, idee, aspettative a livello mentale che il genitore ha relativamente ad una serie di livelli. All'interno delle rappresentazioni genitoriali si trova rappresentazioni di:

Se stessi (rappresentazioni = schema mentale) come donna/uomo (individuo), come madre/padre (individuo che fornisce cure), come partner (oggi tendiamo a costruire inizialmente la coppia con l'altro in quanto tale e poi ci poniamo il problema dell'avere figli).

Dell'altro come partner può divergere rispetto alla rappresentazione dell'altro come genitore.

Rappresentazione del bambino.

La funzione genitoriale non deve essere confusa con altre carenze (basso livello scolastico, pochi strumenti sociali) -> queste persone possono sembrarci poco in grado di prendersi cura dei loro bambini ma questo non sempre coincide! La capacità genitoriale è

la capacità di capire le esigenze dell'altro e di rispondervi in maniera adeguata. Nella funzione genitoriale c'è anche l'idea del bambino immaginato sulla base delle caratteristiche che la persona attribuisce a sé stessa e al suo partner. È un aspetto importante in quanto può innescarsi una relazione conflittuale sulle rappresentazioni che i genitori proiettano sul bambino (caratteristiche negative del bambino attribuito all'altro, quelle positive a sé). Un passaggio importante quando la funzione genitoriale è biologica è quello dell'incontro tra il bambino immaginato e quello reale: questo incontro può diventare deludente psichicamente per il genitore (non è come se lo era immaginato) -> i genitori devono provare a sanare il gap tra figlio immaginato e quello reale; può succedere che:

Disinvestimento = i genitori non investono sul bambino perché, non essendo come lo volevano, non si impegnano. Con il disinvestimento ci può essere una mancata cura verso il bambino.

Tentativo di far aderire il bambino reale con quello ideale (si investe sul bambino ideale, per cui si cerca di trasformare il bambino reale con quello ideale). Ci può essere un tentativo costante e perseverante di forzatura, per cui il bambino è chiamato sempre a rispondere alle aspettative genitoriali. Una minima forza di far aderire i figli alle loro aspettative esiste ed è naturale ma bisogna capire su quante aree dello sviluppo questo avviene.

I propri genitori, le loro caratteristiche come coloro che si sono presi cura di noi; questa rappresentazione affonda le radici nella propria infanzia ed è molto riattivata quando le persone iniziano il processo della genitorialità, in particolare durante la gravidanza.

Questo mondo rappresentazionale viene definito come costellazione–materna (STERN, 1995) = condizione benignamente psicologica che la donna raggiunge durante la gravidanza, in particolare modo la prima, e che permane approssimativamente durante il primo anno di vita del figlio (i padri sarebbero segnati da questa condizione solo in parte e solo dopo diverse settimane) – "organizzatore psichico che determinerà una serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri". La definisce costellazione poiché costituita da molte aree che in alcuni casi procedono in armonia, in altri no. Quando c'è disarmonia, si possono presentare difficoltà (fatica ad incontrare il bambino reale poiché prevale quello immaginato, fatica ad avere una buona rappresentazione di madre per eccesso di somiglianza/differenza rispetto alla propria madre). Questo sistema di rappresentazione è presente dapprima della gravidanza, ma si riattiva durante la gravidanza (maltrattare partner in gravidanza, abuso di sostanze -> funzione genitoriale parte prima della gravidanza). Madre e padre sono da subito alla pari nella funzione genitoriale. La costellazione materna porta con sé dei temi (per valutare le rappresentazioni dei genitori dobbiamo chiederci se queste 4 aree funzionano):

Tema della vita–crescita: i genitori sono in grado di garantire la vita e la crescita del bambino, sopravvivenza fisica e salute del bambino (condizioni minime)? sanno attuare comportamenti fisicamente protettivi nei confronti del bambino? attuano comportamenti di protezione, cura, sopravvivenza? È un tema di cui si è occupata la teoria dell'attaccamento.

Tema della relazionalità primaria: i genitori sono in grado di impegnarsi emotivamente con il bambino in modo autentico? Sono in grado di supportare lo sviluppo psichico del bambino?

Tema della matrice di supporto: i genitori sono capaci di creare una rete di supporto per loro stessi e il bambino in modo tale da adempiere ai due temi precedenti? I genitori sanno mantenere rapporti con le loro famiglie di origine e le agenzie del territorio per fare sì che il bambino viva all'interno di un sistema che può essere di supporto anche ai genitori stessi?

Tema della riorganizzazione dell'identità: i genitori sono in grado di riorganizzare la propria identità per diventare genitori? Si aggiunge l'identità genitoriale a quella personale: in questa riorganizzazione c'è anche la riorganizzazione della coppia. Triade psichica = madre della madre (bambina) <-> donna come madre <-> madre con il suo bambino. Importante riferimento dell'Infant Research e diventa l'asse dominante delle relazioni diadiche. In caso di genitorialità a rischio, il cui starting point del processo trasformativo è inficiato dalla psicopatologia materna, ha maggiori probabilità di strutturarsi su un terreno di contenimento precario che si ripercuoterà nell'incontro con il bambino reale. Quando nasce un bambino, si aggiunge una funzione nella coppia, la quale si connota in una relazione coniugale (due individui adulti si legano all'interno di un accordo che vede la costruzione di una loro relazione). Diventando genitori, si aggiunge alla relazione coniugale quella genitoriale, la quale riguarda il fatto che i due partner condividono lo stesso bambino, e quindi se ne devono prendere cura e concordare le scelte/decisioni/riflessioni che riguardano quel bambino in comune. La funzione co-genitoriale è irreversibile (come quella genitoriale), è una funzione che vale per sempre anche se uno dei due non la esercita ma di fatto esiste. La funzione coniugale è invece reversibile (ex moglie/ex marito). Non importa della situazione dei genitori, ma se si parla di un loro bambino in comune, se ne parla insieme.

Comportamentale. Questi due livelli non sempre sono coerenti tra loro. Il criterio centrale della psicopatologia evolutiva è quello di diagnosi precoce: bisogna interrogarsi sul concetto e sul suo valore d'intervento. Quando lavoriamo con un bambino e la sua famiglia dobbiamo ricordarci il criterio della tempestività = il professionista deve arrivare ad occuparsi di una situazione nel più breve tempo possibile rispetto a una difficoltà e ai processi di sviluppo evolutivo di un bambino e di una famiglia (i primi tre anni di vita rappresentano la finestra evolutiva più importante, durante la quale i processi diagnostici che possiamo attuare e gli interventi ad essi connessi possono avere un impatto centrale sui processi di sviluppo arrestati o interrotti, senza fare riferimento a percorsi terapeutici di natura massiccia). La tempestività della diagnosi può funzionare come modello di prevenzione rispetto all'instaurarsi della patologia oppure può arrivare quando la patologia è già strutturata ma ogni modello di intervento ha un impatto elevato, data l'età del bambino e il suo grado di elasticità possibile. In età evolutiva, gli interventi devono essere focali (centrati sul problema), brevi e poco invasivi; si chiamano quindi interventi a misura di sviluppo. Il criterio centrale su cui riflettere è che più è precoce la diagnosi, prima possiamo pensare ad interventi focalizzati (brevi e non invasivi) che favoriscano la ripresa dei processi di sviluppo in corso (anche se bloccati dalla psicopatologia) fino a

quando il bambino e la sua famiglia riescono a riprendere in parte il loro sviluppo evolutivo. Dobbiamo dare al bambino e alla sua famiglia l'idea che possono proseguire da soli; dobbiamo favorire e sostenere i processi di sviluppo, introducendo il tema dell'autonomia, ovvero dobbiamo lasciare che il bambino e la sua famiglia continuino da soli; se in futuro si ripresentano dei problemi, allora possono tornare dal professionista. Intervento e diagnosi, in età evolutiva, come modello a base sicura = il bambino esplora la stanza, anche lontano dalla mamma; se il rumore è sospetto o se entra un estraneo, il bambino indietreggia e cerca il contatto con la mamma (strange situation e teoria dell'attaccamento): il bambino cerca conferma rispetto alla presenza vera di un pericolo e serve a rassicurarsi e ritrovare in sé le energie per esplorare l'ambiente. Quando si presenta un pericolo, il terapeuta fa una diagnosi e propone un intervento, il quale deve essere a misura di sviluppo (quando le cose vanno meglio, si lascia l'autonomia al bambino e ai genitori di proseguire da soli; se si presenta un nuovo pericolo, possono tornare dal terapeuta). Nella vita del bambino e della famiglia, si introduce un doppio canale: richiesta di aiuto, possibile e accettabile da parte di un professionista bisogno di autonomia e di crescita; le cose migliorano e quindi si prosegue da soli. Un altro costrutto importante è quello di ricerca clinica. In psicopatologia dello sviluppo, la ricerca clinica è la base per l'intervento clinico; l'intervento clinico fornisce le basi per la ricerca clinica. L'intervento clinico è considerato a un doppio livello: prevenzione rispetto alle distorsioni della prima infanzia e alle varie condizioni di genitorialità a rischio e intervento terapeutico rivolto a genitori e bambini. I clinici hanno notato che i numerosi dati empirici da una parte rappresentavano un bagaglio scientifico per il loro intervento, dall'altra permettevano di spostare l'attenzione verso il riconoscimento precoce dei meccanismi che interferivano con la costruzione di una base sicura; se questa non si instaura per difficoltà nella transizione alla genitorialità, può essere il punto chiave degli interventi clinici sulla relazione genitore-bambino. Questi interventi devono focalizzarsi su una riparazione-ridefinizione-rieducazione di una relazione che, da disfunzionale, deve diventare adattiva e funzionale, in quanto influisce sulla salute mentale attuale e futura del bambino. SAMEROFF (2004) sostiene che la valutazione e il trattamento dei problemi relazionali precoci è importante perché da una parte allevia la sofferenza nel momento presente, dall'altra previene le conseguenze a lungo termine. I bambini più piccoli vengono portati al terapeuta da parte di genitori, insegnanti, pediatri o dal sistema legale. Risulta quindi importante sviluppare un linguaggio condiviso, nel quale le diverse figure professionali siano sensibilizzate e attente alla rilevazione di campanelli d'allarme che possano agire da segnali di un disagio presente nel bambino.

L'approccio da noi adottato è quello del modello transazionale.
Nella storia della psicopatologia dello sviluppo, inizialmente l'approccio usato era quello del modello del tratto: le caratteristiche sane o patologiche di un individuo venivano attribuite a specificità individuali, su base genetica e comportamentale; questo modello ipotizza che ogni individuo abbia caratteristiche proprie su base costituzionale e che tali caratteristiche siano la... L'ambiente influenza lo sviluppo infantile ed è il diretto responsabile di eventuali psicopatologie. L'evoluzione della patologia è legata alla valutazione delle capacità genitoriali alla base dello sviluppo infantile che si adatta alle... pressioni ambientali.

In realtà i bambini non nascono come tavolette rase, però è vero che l'ambiente può avere un ruolo determinante nell'incontrare le caratteristiche dell'individuo e modificarle.
Il modello transazionale... individuo – contesto tale per cui le caratteristiche dell'individuo e del contesto si incontrano fino a determinare le traiettorie dello sviluppo. Dalla nascita, siamo esseri attivi che non agiscono sulla base delle... pulsioni ma dal bisogno innato di entrare in relazione con l'altro. Le forze ambientali modellano il nostro sviluppo e sono riconducibili all'azione delle relazioni interpersonali; occorre inoltre rilevare... che, nel momento in cui tali relazioni saranno buone, ne conseguirà una crescita armoniosa.
Il sostenitore di questo modello è SAMEROFF, il quale ha unito 4 modelli, livelli interpretativi che si intersecano fino a generare le... traiettorie evolutive di ciascuno di noi:
modello del cambiamento personale / individuale = ciò che ognuno di noi fa o crea per interpretare sé stesso, per muoversi nel mondo; caratteristiche specifiche ed individuali
modello... contestuale = ruolo che l'ambiente ha nell'influenzare anche significativamente le caratteristiche dell'individuo
modello della regolazione = qualità delle relazioni reali che l'individuo ha con gli interlocutori della... sua... vita durante lo sviluppo. Durante le prime fasi dello sviluppo, la regolazione umana si sposta da un livello biologico ad uno psicologico e sociale. (?)
modello della rappresentazione = pensieri, idee che... nella mente... dell'individuo e degli adulti di riferimento del suo contesto funzionano nella definizione dei suoi traguardi; altri; traiettorie di sviluppo; rappresentazioni genitoriali. Ciò che l'individuo vive nel mondo è... conoscenze.
Nella... psicopatologia lo sviluppo è un percorso complesso che si muove su tanti livelli, ognuno dei quali si interseca con gli altri, fino a generare traiettorie di sviluppo; se... queste incidono sul malessere... del bambino e della famiglia, allora si sviluppa la psicopatologia.
Questi livelli si possono riassumere in tre livelli di organizzazione strutturale dello sviluppo:
biologico =... genetica, caratteristiche... costituzionali (temperamento, tratto, aspetti innati). Disposizione costituzionale che condiziona le modalità di risposta affettiva agli stimoli esterni / interni
relazioni precoci, ... modello di attaccamento, costruzione... precoce del mondo interno (ambiente prossimale), personalità, rappresentazioni dei genitori (costellazione materna, sulla base delle relazioni degli adulti, si costruisce la relazione)
contesto... bambino.
Traiettorie evolutive genitore – bambino: parte... partire dalla gravidanza, alla qualità e alle caratteristiche della traiettoria evolutiva del bambino). Le traiettorie dello sviluppo del bambino in alcuni casi possono non... arrivare, ma egli deve sostenere le potenzialità del bambino e della... famiglia che non riescono a mettere in campo. Il clinico deve sostenere contemporaneamente la traiettoria evolutiva del bambino e della famiglia. La maturazione... e la nostra storia evolutiva sono regolate da processi interni al bambino e... processi esterni dell'ambiente sociale di riferimento, secondo tre forze primarie: maturazione di processi regolatori esterni, processi regolatori interni... autorganizzanti e regolazione genetica maturativa.
Accanto al concetto... di genitorialità, vi è quello di co – genitorialità: condividere scelte,

decisioni, pensieri e relazioni con un figlio in comune. ... a fronte di una relazione coniugale interrotta.
Genitori e terapeuta... devono sostenere lo sviluppo per costruire, per e con il bambino, il sistema della regolazione = processo per cui ognuno di noi organizza in modo... riguarda i processi in cui ogni volta che c'è un disequilibrio, cerchiamo di... ritrovare nel tempo l'equilibrio perduto. Il nostro organismo cerca di mettere in atto strategie regolatorie per ritrovare... l'equilibrio iniziale.
Come si arriva alla capacità autoregolatoria? Nessuno di noi nasce con... un sistema autoregolatorio finito ma si tratta di una capacità acquisita tramite un sistema di autoregolazione esterno che ci... è dato da un genitore di riferimento. Il sistema regolatorio si fonda sulle capacità regolatorie dei nostri... adulti di riferimento che, da piccoli, ci hanno fornito strategie di regolazione esterne, che nel tempo sono diventate... interne e che oggi riusciamo ad attuare ogni volta il nostro sistema di regolazione va in disequilibrio (bambino... piange -> disequilibrio regolatorio -> capacità dell'adulto di consolare il bambino in modo rapido ed... adeguato -> fa acquisire al bambino capacità autoregolatorie: quando il bambino sente un dolore interno o... fisico potrebbe piangere meno o rivolgersi all'adulto senza piangere).
Il ruolo... dell'adulto è quello di regolatore esterno e consente al bambino, adolescente o adulto di acquisire un sistema di regolazione interno che... consente a ciascuno di trovare un equilibrio psicologico che rappresenta una condizione di... benessere.
Esempio: il pianto è un comportamento molto disregolato; ci si porta le mani alla bocca come comportamento di... contenimento; il bambino chiude gli occhi quando l'adulto va troppo vicino come istinto di... lasciare fuori l'altro.
Il sistema di autoregolazione presiede al raggiungimento di competenze evolutive; l'adulto... ha il ruolo di regolazione esterna che serve al bambino per costruire la regolazione... interna.
L'autoregolazione vale sia per gli stati d'animo positivi sia per quelli negativi, per lo scambio di informazioni, comportamenti ed emozioni... tra il nostro interno ed il nostro esterno.
Con alcuni tipi di patologie abbiamo un... disagio egosintonico = la persona non lo percepisce come doloroso rispetto a sé stesso; ciò però non significa che le cose funzionano bene. Quando parliamo di... psicopatologia ne parliamo come una sofferenza psichica... importante; dobbiamo però sapere che ogni forma di disagio porta con sé una quota di adattamento, guadagno che l'individuo e il suo contesto ricavano dalla condizione... di sofferenze. Gli psichiatri chiamano questo come... vantaggio secondario della psicopatologia: la condizione di fragilità e sofferenza garantisce un qualcosa di buono che in condizioni normali non ci sarebbe. In alcuni casi, il... sistema famiglia e il bambino si organizzano intorno alla... sofferenza (Il genitore si sente utile, sta sempre vicino al genitore, non ci si occupa della coppia).
Disregolazione e psicopatologia sono egosintoniche: vanno di... pari passo in modo armonioso con il sistema famiglia e... il sistema bambino. Anche un certo grado di sofferenza in un individuo / sistema famiglia può generare un'armonia. L'armonia può anche generare sofferenza; la sofferenza... può essere un'armonia patologica.
Quando... lavoriamo, abbiamo 4 livelli (aree della salute mentale del bambino) da tenere in considerazione:

fattori individuali / bambino
famiglia e supporto sociale = quantità e qualità di... relazioni significative che un individuo o un... sistema famigliare ritiene di avere o ha. Nell'area del supporto sociale, vi è un supporto sociale reale
(quantità e qualità delle relazioni con cui la persona ha un reale rapporto) e... supporto sociale percepito (quanto la... persona pensa di avere persone significative che potrebbero aiutarla in caso di bisogno); non sempre i due coincidono. Il supporto sociale percepito è importante tanto quanto quello reale, poiché i genitori... ritengono di avere una buona rete... supportiva a cui fare riferimento quando vanno incontro a difficoltà.
La carenza di supporto è un fattore di rischio per lo svolgimento della funzione genitoriale; ci sono molti studi che si contrappongono al sistema sociale percepito o a quello reale, il quale risulta essere più carente in quanto il bisogno è reale.

Società e ambiente: questi sono ambiti di competenza degli psicologi di comunità. Un ruolo importante nello sviluppo dei bambini e delle famiglie riguarda i contesti di vita. Vivere in contesti di vita non pericolosi, con una comunità allargata di supporto e con molti e buoni servizi per i bambini è un fattore di protezione, perché la famiglia sa di poter accedere a strutture in cui i propri bisogni possono essere soddisfatti e i fattori di rischio e di pericolo possono essere tenuti sotto controllo dalla comunità. La qualità della rete e l'ambiente comunitario di supporto fungono da controllo rispetto ai fattori di rischio. Con una buona capacità comunitaria, c'è anche un controllo sociale implicito, all'interno del quale la famiglia e il bambino si trovano inseriti.
Sviluppo del sé: si riferisce allo sviluppo dell'individuo su aspetti fisici, psichici, immaginari o reali. La salute mentale del bambino si estende al benessere relazionale del sistema familiare, ai fattori individuali del bambino, alla valutazione della sua famiglia e del supporto sociale percepito, alla società e all'ambiente di crescita in cui il bambino è inserito e sviluppa il suo sé. Il Sé permette di valutare l'eventuale presenza o assenza del sintomo patologico nelle diverse aree dello sviluppo che, a partire dall'acquisizione dei bisogni corporei (Sé EMERGENTE), passa per il Sé NUCLEARE, Sé SOGGETTIVO, Sé VERBALE e Sé NARRATIVO.
Quando ci troviamo di fronte a una difficoltà, abbiamo due criteri:

Contrapposizione tra transitorietà e persistenza del sintomo: quando emerge un sintomo o una difficoltà, dobbiamo controllare se il sintomo è persistente o transitorio; se è troppo transitorio, non è considerato sintomo.
A fronte di una sintomatologia, dobbiamo considerare se siamo di fronte a un processo regressivo (il bambino e il suo sistema stanno tornando indietro nello sviluppo rispetto ad uno stadio precedente; organizzazione sintomatologica su base regressiva; il bambino raggiunge certi livelli di sviluppo e improvvisamente torna indietro rispetto ai traguardi raggiunti) o conflittuale (le tappe successive dello sviluppo generano un conflitto interno o esterno).

ANDERS (1989) ha proposto un modello sintomatologico in cui sono distinti:

Turbe di sviluppo: quando si manifesta un sintomo di breve durata, caratterizzato dalla

presenza di alterazioni passeggeri nell'ambiente o in relazione ai compiti di sviluppo, senza che venga alterata la qualità della relazione affettiva.

Perturbazioni relazionali: quando il sintomo ha la durata di uno o tre mesi e viene ad inserirsi all'interno di un modello di regolazione dell'interazione inappropriato o insensibile, dove la qualità disfunzionale dell'interazione è limitata ad una specifica area di sviluppo.

Disturbi relazionali: situazioni nelle quali la durata del disturbo è superiore a tre mesi; i modelli di interazioni appaiono disfunzionali, rigidi e difficili da modificare; i compiti evolutivi non sono portati a termine e il disturbo interessa più campi funzionali e si espande a diversi contesti interattivi.

Il processo di sviluppo patologico è costituito da tre aspetti (segni o segnali -> sintomi -> patologia), ovvero tre livelli da tenere in considerazione per comprendere cosa succede al bambino:

Segni o segnali: segnalazione di comportamenti atipici che il bambino mette in campo in alcune situazioni, non in modo rigido o strutturato, ma con il valore di avvisarci rispetto al fatto che qualcosa non sta funzionando come dovrebbe; potremmo intervenire quando siamo ancora a livello di segnale = non è una forma patologica ma è una rappresentazione che compare in certe situazioni che dovrebbe metterci su un piano di allerta.

Segnali: quando cominciano a strutturarsi dei segni (ripetuti nel tempo, stabili e collegati tra loro o a certe manifestazioni di vita del bambino), si ha il passaggio ai segnali (le segnalazioni, non organizzate e sporadiche, stanno diventando più chiare e portano con sé una quota di sofferenza psichica elevata – non modificabili, più strutturate).

Sintomi: sofferenza psichica che il bambino comunica in modo specifico, in quanto il sintomo ci indica la strada che il bambino sta per comunicarci il suo disagio: sonno, alimentazione, comportamento.

Patologia: quando i sintomi diventano organizzati tra loro in modo coerente, stiamo assistendo al passaggio tra sintomo e patologia: il bambino inizia a darci una serie di manifestazioni di sofferenza coerenti che occupano un’area specifica del suo sviluppo / funzionamento e, quest’area, ci inizia a dare la misura che segnali e sintomi ci stanno definendo un’area psicopatologica (area del disturbo dell’ansia, delle patologie del sonno): insieme di manifestazioni collegate tra loro che diventano sintomo e quindi costrutto psicopatologico individuale (patologia = insieme coerente di caratteristiche disfunzionali che attengono ad uno stesso dominio cognitivo, affettivo…). Il passaggio da sintomo a patologia è costituito da manifestazioni coerenti tra loro in senso negativo, le quali segnalano che un’area dello sviluppo sta iniziando ad essere compromessa.

A partire dalle differenze individuali, si ritiene che sia impossibile concepire gli esiti psicopatologici secondo un modello lineare. Secondo il principio di multifinalità, un evento specifico non conduce allo stesso esito psicopatologico o non in ogni individuo. Bambini e adolescenti si pongono di fronte ad un evento stressante con la propria soggettività, legata all’età e alla fase evolutiva, alle esperienze passate, alle adeguate

relazioni di attaccamento, al supporto sociale percepito. Un principio della psicopatologia dello sviluppo è quello di un continuum tra normalità e patologia. Questa continuità include cronicità, comorbidità e ciclo di vita. Per continuità omotipica, si intendono le traiettorie evolutive all'interno dello stesso quadro sindromico (lo stesso disturbo nel corso del tempo); per continuità eterotipica, si intende che il percorso del quadro clinico si modifica in modo tale da rientrare, nel tempo, in diverse categorie nosografiche.

I SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE

DSM = Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (APA, 1952). Il manuale, diffusosi a partire dalla 3 edizione, si è posto l'obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale le conoscenze scientifiche settoriali, teoriche, cliniche e di ricerca, diffuse a livello internazionale. Si basa su una matrice culturale propria della psichiatria degli Stati Uniti. L'obiettivo è quello di ottenere una definizione migliore della diagnosi clinica del disturbo mentale definendone i criteri di inclusione / esclusione basati sulla presenza / assenza di segni clinici specifici, sulla durata temporale della manifestazione patologica, sull'esordio e sulla comorbidità con i diversi quadri clinici. La sistematizzazione dei disturbi clinici ha il vantaggio di considerare la malattia mentale in termini di classificazioni ben distinte che rendono possibile, tramite un linguaggio unico, sintetico e condivisibile, un confronto diretto tra clinici che operano in diversi settori sanitari. Esso si fonda su tre aspetti:

Prospettiva ateorica: gli autori del DSM ritengono che un approccio adeguato alla psicopatologia non doveva tenere in considerazione punti teorici specifici sulle sindromi psicopatologiche e che quindi non doveva essere orientato da un modello teorico di riferimento. Il DSM deve classificare la psicopatologia senza attribuire alle sindromi descritte alcun valore di significato; spetta poi ai clinici andare ad individuare significati e meccanismi propri della psicopatologia.

Si propone una logica di classificazione della psicopatologia in ottica descrittiva - nosografico: i quadri clinici inseriti nel DSM vengono solo descritti. Non vi è alcuna idea di interpretazione, in quanto questa viene affidata al clinico.

Struttura multiasse: la psicopatologia viene descritta sotto 5 punti di vista (5 assi del DSM). I 5 assi riguardano 5 aspetti del funzionamento o disfunzionamento dell'individuo, che, secondo gli autori, sono centrali per descrivere il quadro diagnostico che presenta:

Sindromi cliniche: manifestazioni psicopatologiche più evidenti con cui il soggetto si presenta a noi.

Disturbi della personalità: componente strutturale del funzionamento dell'individuo.

Condizioni sociali.

Condizioni mediche: associate o che caratterizzano l'individuo in modo prevalente.

Asse del funzionamento globale.

Dobbiamo considerare tutti questi aspetti per avere un quadro del benessere o malessere della salute clinica dell'individuo.

Attualmente siamo arrivati alla 5 Edizione del DSM. Due passaggi importanti:

Dal 1980 al 1994: si inserisce una sezione specifica dei disturbi dell'infanzia. Prima di allora, i disturbi erano uguali per bambini, adolescenti ed adulti.

Dal 2000 al 2013: nel 2000 si parlava di disturbi ad insorgenza = si estrapolavano come sezioni a parte i disturbi che comparivano durante l'infanzia e la prima fanciullezza. Queste sezioni erano separate solo perché alcune psicopatologie sorgevano in età evolutive ma non venivano differenziate strutturalmente e qualitativamente rispetto all'età adulta. A partire dal 2013, i disturbi dell'infanzia vengono definiti disturbi del neurosviluppo: si assume che, in questi disturbi, il neurosviluppo venga compromesso; è una sottolineatura qualitativa che rende diversi i disturbi ad insorgenza nell'infanzia e nella fanciullezza rispetto a quelli che insorgono nell'età adulta.

Nell'ultima versione, i valori dei 5 assi vengono a decadere; rimane il capitolo dei disturbi di personalità ma la rigida organizzazione multiasse viene sfumata dagli autori.
Gli assi durante l'età evolutiva non vengono contemplati perché la personalità in età evolutiva non è ancora formata e quindi non è possibile attribuire, ad esempio, un disturbo di personalità a un bambino di 5 anni perché la personalità inizia a completarsi verso i 18.

Critche:
rivolta alla strutura categoriale, simile ad una checklist diagnostica non sempre prende in considerazione i bisogni evolutivi del bambino vengono usati termini come “spesso” senza accurati sistemi empirici che permettano di valutare la frequenza di alcuni sintomi, considerando che la frequenza di quest ultmi viene riportata dai genitori non viene data importanza all’ambiente contestuale e situazionale, nel quale viene espresso e si manifesta il disturbo.
Nel 1987, si costituisce lo Zero to Three, un'organizzazione che si propone come guida multidisciplinare e ha l'obiettivo di promuovere e sostenere il benessere e la salute mentale dei bambini e delle loro famiglie. Si forma un team di lavoro per un nuovo sistema diagnostico specifico per l'età evolutiva. Sulla struttura del DSM 4 e 5, ci si occupa del DC = DIAGNOSTIC CLASSIFICATION: nasce negli anni '80 perché alcuni autori cominciarono a pensare che potesse avere senso pensare ad un sistema di classificazione specifico per la prima infanzia. È una rivoluzione concettuale: si pensava che nella prima infanzia la psicopatologia non esistesse, ma che esistessero forme genetiche di psicopatologia legate alla disabilità, e che in generale il concetto di psicopatologia fosse sviluppato più avanti; si poteva parlare di psicopatologia solo quando la si osservava in età adulta e la si rimandava a epoche precedenti (traumi). Questi autori sostengono invece che ci sono psicopatologie che emergono nei primi tre anni di vita (DC: 0 – 3), le quali non possono essere descritte allo stesso modo di quelle degli adulti, ma devono avere un sistema di classificazione autonomo. Questi autori riprendono i costrutti del DSM (ateoricità, logica descrittiva, ripartizione multiasse).
Il DC si espande dai tre ai cinque anni perché:

da un punto di vista evolutivo, 0 – 5 anni è considerato analogo a quello 0 – 3; alcune traiettorie evolutive dell'arco di sviluppo 0 - 3 si concludono però intorno ai 5 anni

l'emergere di alcune patologie, anche se precocemente, non ci consentiva una diagnosi

completa intorno ai tre anni, ma intorno ai 5 sì

organizzazione dei servizi: risulta difficile avere in consultazione un bambino dai 0 ai 3 anni.

Organizzazione DC: 0 – 3 R. Gli autori riprendono l'organizzazione multiasse:

disturbi clinici – asse 1: motivo per cui il bambino viene in consultazione. Si considerano le principali caratteristiche del disturbo (origine) per collocare in specifiche categorie omogenee per fattori di rischio i sintomi del bambino

classificazione della relazione – asse 2: nella struttura del DSM, questo asse coincide con la classificazione dei disturbi di personalità. Secondo gli autori vi è una profonda analogia tra la struttura di personalità e la qualità della relazione tra il bambino e i suoi adulti di riferimento; questa analogia viene considerata come aspetto strutturale e strutturante del bambino. La qualità della relazione è un aspetto strutturale dello sviluppo

condizioni mediche – asse 3: il disturbo riportato può essere o meno collegato ad un aspetto funzionale legato alla salute del bambino. Prima di avviare qualsiasi processo, dobbiamo escludere una causa funzionale (un sistema fisiologico non sta evolvendo in modo adeguato) o organica (patologia)

agenti psicosociali di stress del bambino e della famiglia – asse 4: il bambino non riferisce il suo livello sociale di stress perché non ha ancora raggiunto le competenze cognitive e linguistiche adeguate. Dobbiamo quindi raccogliere la storia del bambino attraverso multiinformanti (genitori, scuola, amici)

funzionamento emotivo e sociale – asse 5.

Nella DC, troviamo, sull'asse della relazione (2), due scale che valutano:

valutazione globale della relazione genitore – bambino (PIR – GAS)

checklist dei problemi di relazione = valuta la qualità della relazione genitore – bambino, su aspetti comportamentali, del tono emotivo e del coinvolgimento psicologico. La qualità della relazione diadica può rappresentarsi come: iper / ipocoivolte, ansiosa / tesa, arrabbiata / ostile, verbalmente abusante, fisicamente abusante, sessualmente abusante. La relazione si valuta secondo i livelli della scala PIR – GAS. Tale scala si espande tra due estremi: quello negativo riguarda il maltrattamento, quello positivo la relazione ben adattata. La qualità della relazione è legata all'adattamento reciproco tra due individui che entrano in contatto (relazione ben adattata, estremo positivo); l'adattamento si rompe quando alcune modalità di relazione si disallineano. È una relazione co-costruita tra madre e bambino. Il concetto di adattamento è dinamico: i due partner della relazione sanno modificarsi reciprocamente per tenere adatta la relazione. Scendendo sulla scala si trovano: perturbazione relazionale = non si è ancora a livello di patologia della relazione ma c'è un disagio che sta emergendo. Turbe = non si è in un disturbo relazionale ma la qualità della relazione è bassa; disturbo relazionale; maltrattamento = forma estrema del disturbo relazionale. Maltrattamento non significa necessariamente violenza verso il bambino ma viene inteso in un'accezione relazionale.

Il passaggio alla classificazione 0 – 5 arricchisce la classificazione 0 – 3: vi è uno schema

diagnostico che unisce più elementi, su cui costruire il quadro diagnostico. Per ogni quadro descritto, viene indicato per quanto può essere presente e vengono riportati limiti e confini; viene descritto il corso e i correlati del quadro diagnostico stesso. Per ogni patologia, viene data la corrispondenza con il DSM 5 e con l'ICD 10.
Nuovi quadri diagnostici DC 0 – 5, vengono introdotti 4 nuovi quadri diagnostici complessi (non potevano essere prima diagnosticati a bambini di tre anni):

disturbo precoce dello spettro dell'autismo: alcune funzioni / traguardi evolutivi che sono indicatori rispetto alla comparsa dell'autismo non possono essere identificati prima dei tre anni, per questo non erano riportati nell'ICD 0 – 3
disregolazione della rabbia e dell'aggressività: area dei disturbi del comportamento, diagnosticati dopo i 5 anni
disturbo specifico della relazione nella prima infanzia (asse 2)
disturbo del deficit di attenzione e iperattività: sotto i tre anni, la diagnosi è impropria

Si ha quindi una maggiore ricchezza psicopatologica, maggiore corrispondenza tra sistemi diagnostici della prima infanzia con quelli delle età successive.
ICD 10 = Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Nasce e si sviluppa all'interno dell'OMS, di matrice europea. Il limite di questa classificazione consiste nel fatto di essere molto datato.
Le classificazioni riportate sono in continuo cambiamento:

le revisioni riguardano il fatto che gli autori stanno cercando sempre più modalità di descrizione della patologia più complete possibili: sistemi di riferimento comprensibili per tutti, comunicabili tra professionisti, dettagliati e condivisibili all'interno della comunità scientifica
la psicopatologia e i suoi significati restano stabili ma le manifestazioni psicopatologiche si modificano nel tempo, con il cambiamento delle società, delle culture e dei significati. Le manifestazioni psicopatologiche sono infatti legate ai cambiamenti culturali, al mescolarsi delle culture e ad eventi epocali.

PDM = MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO. È stato elaborato nel 2006 negli Stati Uniti e tradotto in italiano nel 2008. Si basa su una prospettiva psicodinamica, finalizzata a descrivere le caratteristiche psicopatologiche, su base teorica. Possiede anche una logica interpretativa sul significato delle psicopatologie. Cambio prospettiva: è un manuale che non appartiene a classificazioni ateoriche e descrittive. Il presupposto teorico è psicodinamico, ovvero lo sviluppo e il funzionamento dell'individuo sono il derivato di un'organizzazione di forze interne ed esterne all'individuo che in alcuni casi vanno di pari passo, generando percorsi di benessere; in altri casi, possono sviluppare aspetti psicopatologici se vanno in direzioni diverse. Vi è quindi una concettualizzazione di un mondo interno che funziona sulla base di un sistema complesso di significati e si fonda su una costante tra caratteristiche dell'individuo, dell'ambiente e dell'organizzazione in generale.
Il PDM descrive la psicopatologia da un punto di vista dinamico, non ateoretico, con una logica interpretativa (ai comportamenti viene attribuito un significato).

Attualmente siamo alla seconda edizione: vi è un approfondimento su alcuni dati della ricerca clinica e una sottolineatura verso la specificità individuale; la psicopatologia viene descritta in senso generale ma all'interno della classificazione gli autori ci danno elementi per tenere in considerazione la particolarità dell'individuo.
Una delle principali novità del PDM-2 è la maggior enfasi della sanità mentale versus la psicopatologia lungo il ciclo di vita, tenendo conto della specificità delle singole fasi temporali. Tra la prima e la seconda edizione, vengono aggiunti aspetti che riguardano il continuum tra salute e psicopatologia e costrutti per l'infanzia e l'adolescenza.
Assunto teorico: viene considerata la psicopatologia durante tutta la vita; la psicopatologia viene descritta in sei sezioni, le quali vanno dalla nascita alla vecchiaia.
Nel DSM e nell'ICD, tutte le descrizioni delle psicopatologie vengono definite genericamente per l'adulto (dai 18 agli 85 anni) -> si ritiene errato perché la vita adulta ha scansioni temporali che portano a differenze d'età e il PDM sottolinea la distinzione quindi di cinque età della vita, all'interno delle quali si descrive la psicopatologia:

sezione neonati e prima infanzia (fino ai 3 anni)
sezione infanzia (dai 3 agli 11 anni / età prescolare e scolare della prima infanzia)
adolescenza (dai 12 ai 19 anni)
età adulta vecchiaia.

Le manifestazioni della psicopatologia e il loro significato psicodinamico possono essere diversi durante la vita. La struttura del PDM si basa su 3 assi (livelli di funzionamento da considerare per effettuare un bilancio sull'individuo):
Asse S – esperienza soggettiva = consente di descrivere e valutare il peso dei pattern sintomatici (cosa ci racconta di sé l'individuo); riguarda le manifestazioni psicopatologiche evidenti. Valuta gli stati affettivi, i processi cognitivi, le esperienze somatiche e i modelli relazionali a esse associati. Presenta i sintomi clinici nei termini dei vissuti e delle esperienze personali degli individui e considera gli elementi controtransferali del clinico in risposta agli stessi -> pattern sintomatici ed esperienza soggettiva.
Asse M – profilo del funzionamento mentale = offre un profilo della valutazione mentale e generale (ha un'influenza sulle condizioni psicopatologiche e sull'andamento della patologia -> profili individuali del funzionamento mentale.
Asse P – sindromi di personalità = asse della personalità (funzionamento strutturale dell'individuo). È l'ago della bilancia tra patologie molto gravi e patologie che hanno minore impatto sulla vita dell'individuo e maggiore probabilità di rispondere ad eventuali trattamenti. La funzionalità ci dà informazioni sulla gravità della patologia e ci dà una misura delle possibili risposte al trattamento. I principi organizzativi dell'asse P sono il livello di organizzazione della personalità (normale, nevrotico, borderline, psicotico) e lo stile o modello di personalità -> configurazioni di personalità sane e disturbate.
Propone un approccio multiasse, dove la diagnosi primaria (asse 1) viene definita grazie alle capacità evolutive funzionali ed emotive (Asse 2), dalla capacità di regolazione dell'elaborazione sensoriale (Asse 3), dai pattern bambino – caregiver (asse 4) e da altre diagnosi mediche e neurologiche (Asse 5).
SEZIONI:

Sezione specifica prima infanzia (0 – 3 anni): strutturato per neonato e bambino piccolo. La classificazione si struttura su un approccio multiasse che valuta le competenze emotive funzionali del bambino (asse 2), capacità di elaborazione della regolazione sensoriale (asse 3) - (l'elaborazione sensoriale ha caratteristiche costituzionali del bambino), disturbi e pattern relazionali (asse 4)– (se le relazioni sono maltrattanti o assenti, il bambino presenta carenze importanti), condizioni mediche e neurologiche (area 5), prima di effettuare la diagnosi sull'asse 1.
Bisogna guardare le altre 3 aree; ci porta a fare un processo inverso: prima si fa un bilancio generale dello sviluppo del bambino e poi si va a valutare la sua psicopatologia.
Principali categorie diagnostiche nei neonati e nei bambini piccoli:
Questi tre disturbi riguardano le funzioni di base del bambino. Per funzione si intende un'interfaccia tra organico (corporeo) e psichico. Ci sono organi / sistemi deputati al funzionamento di queste competenze ma questi organi o sistemi fisiologici sono strettamente connessi a sistemi psicologici propri del bambino. Nella prima infanzia, l'aderenza mente-corpo è molto stretta perché la mente e i processi psichici superiori devono ancora completarsi e quindi il corpo funziona in modo più diretto rispetto alla mente. Queste giunzioni sono legate alla somatizzazione = il nostro corpo esprime la sofferenza della nostra mente; non la esprime in modo elaborato o simbolico ma in modo regressivo: il corpo mostra la sofferenza della mente e questo è tipico dei bambini piccoli perché i processi rappresentazionali non sono ancora evoluti e quindi la mente non riesce ad esprimersi attraverso, ad esempio, il linguaggio ma lo fa attraverso il corpo.
Disturbi d'ansia - disturbi depressivi
Disturbi della sfera e stabilità emotiva - disturbi dell'umore.
Si assiste al processamento di due emozioni fondamentali: l'ansia e la depressione. Quest'area non è sempre univoca ovvero analoga a quello che avviene per l'adulto.
Reazione prolungata al lutto
Disturbo dell'adattamento: condizioni in cui c'è un cambiamento nella vita del bambino e quest'ultimo non riesce ad adattarsi al cambiamento che queste nuove condizioni richiedono
Disturbi da stress traumatico: condizioni stressanti, prolungate o molto gravi a cui il bambino viene esposto e successivamente ad esse viene a formarsi il manifestarsi di una patologia. Il contesto di riferimento del bambino non è inadeguato ma avvengono uno o più eventi di portata traumatica, la quale può far sì che il bambino non riesca ad elaborare questi eventi e inizi a manifestare una sintomatologia da stress. Evento con portata traumatica = il soggetto si sente a rischio nella sua vita fisica; l'individuo si sente impotente (le proprie strategie non sono sufficienti per far fronte all'evento che gli sta capitando)
Disturbi reattivi dell'attaccamento: condizioni in cui le cure che gli adulti devono fornire al bambino sono inadeguate (l'adulto si prende cura del bambino ma in modo inadeguato rispetto all'età e caratteristiche del bambino), assenti (non preoccuparsi del bambino) o pericolose (il modo in cui il genitore del bambino si prende cura di lui espone il bambino stesso al pericolo). Un buon adulto è un adulto protettivo; la protezione garantisce la sopravvivenza fisica e psichica. Sono patologie reattive a condizioni di cura e di accudimento adeguate. I disturbi dell'attaccamento sono disturbi reattivi. Si definiscono classi di manifestazioni psicopatologiche quelle in cui uno o più eventi inadeguati nella

vita del bambino e la reazione, con la sintomatologia, del bambino all'evento. Queste derivano dalle caratteristiche del contesto inadeguato e non dalle caratteristiche del bambino; riguardano le caratteristiche delle cure che il bambino riceve e la sua reazione ad esse
Disturbi del comportamento dirompente: area dei disturbi comportamentali
Incongruenze di genere: sofferenza psichica manifesta e importante da parte del bambino o adolescente tra il genere biologico di appartenenza e il genere psichico percepito. Noi non dobbiamo occuparci dell'identità di genere ma della sofferenza psichica che essa comporta. Culturalmente introduciamo i bambini già da piccoli nel loro genere biologico (dipingere la camera di rosa o blu, ci aspettiamo che giochino con amici dello stesso sesso). Le caratteristiche che identificano un genere non vengono tollerate perché identificano un genere diverso da quello percepito e questo crea sofferenza psichica
Disturbi regolatori dell'elaborazione sensoriale: bambini con caratteristiche tipiche dei loro organi di senso con disregolazione anche di base organica di tipo iper o ipo; il bambino fa fatica a regolare i sensi?
Disturbi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione. Area dello spettro autistico; non è chiamata così perché da 0 a 3 anni non possiamo definirla in questo modo perché le strutture evolutive del bambino non sono ancora completate.

Sezione infanzia (4 – 11 anni): definisce la psicopatologia in modo più simile a come viene definita per l'adulto, ma si inverte la priorità (l'asse sintomatologico è l'ultimo ad essere preso in considerazione). I sintomi sono l'ultima cosa da guardare; si considerano i processi di sviluppo generali, si potenziano le risorse e infine, tramite l'intervento nel contesto di vita del bambino e della famiglia, si arriva al sintomo (che può andare in remissione). Può succedere che la sintomatologia vada in remissione dopo aver potenziato tutto il resto.
Assi del PDM2 nella valutazione diagnostica dei bambini:
Asse MC = profili individuali del funzionamento mentale. Descrive le modalità attraverso le quali i bambini sperimentano le relazioni e le emozioni considerando le modalità difensive, la qualità delle rappresentazioni interne, le capacità di auto-osservazione e il senso morale su quattro domini specifici che valutano le acquisizioni specifiche del bambino.
Asse SC = questo asse considera la relazione tra pattern sintomatici e significato soggettivo, stati affettivi, pensieri e fantasie e stati somatici. Alcuni pattern sintomatici sono risposte salutari, disturbi dell'umore, disturbi collegati all'ansia, reattivi, somatici, psicofisiologici…
Asse PC = configurazioni di personalità sane e disturbate. Permette di valutare la struttura di personalità dei bambini; si considera la personalità lungo un continuum che va da un polo sano a un polo compromesso.
Domini specifici asse MC. I livelli sono tanti, quindi dobbiamo considerare:

Processi cognitivi affettivi (limiti e risorse): capacità di regolazione, attenzione e apprendimento; capacità di comunicazione e comprensione; capacità di mentalizzazione e funzionamento riflessivo.
Identità e relazioni: capacità di integrazione, relazionale e intima; capacità di

regolazione dell’autostima e qualità dell’esperienza interna.

Difese (quanto mature / immature sono le difese che il bambino e la sua famiglia mettono in campo) e coping (capacità di reagire alle difficoltà del bambino o della famiglia). I meccanismi di difesa nascono come meccanismi adattivi; se usati però in modo troppo massiccio, diventano la base di disfunzionamenti o funzionamenti psicopatologici. Dobbiamo considerare anche il livello evolutivo delle difese (ci dicono se i bambini e la famiglia funzionano in modo più avanzato, evoluto o regressivo: si difendono dal dolore psichico in modo immaturo). Quantità e qualità, in termini di maturità evolutiva della difesa, delle difese fanno la differenza.

Autoconsapevolezza e autodirezionalità: consapevolezza di sé del bambino (servono processi cognitivi integri e non troppo destrutturati).

Questi livelli sono come piani in relazione uno con l’altro; se abbiamo processi cognitivi molto compromessi, ne risulteranno compromessi anche identità e relazioni.

IL LAVORO CLINICO CON I BAMBINI E LE LORO FAMIGLIE

E' importante focalizzare l'intervento in termini preventivi e nelle fasi precoci sensibili dello sviluppo, quando le strutture sono ancora flessibili e aperte al cambiamento. Tale periodo sensibile costituisce un momento di rischio per la strutturazione del disagio, che, se rilevato per tempo, può essere riparato e posto sul piano della resilienza del bambino. STERN ritiene che le psicoterapie genitore-bambino si caratterizzano per alcuni aspetti: il paziente è oggetto di una relazione; bisogna porre attenzione alla diagnosi clinica in quanto è difficile definire il disturbo psicopatologico, mentre sarebbe più adeguato riferirsi alla presenza di una turba relazionale. Le problematiche in questa fase sono i disturbi dell'alimentazione e del sonno, distorsioni dell'attaccamento, ansie genitoriali, disturbi precoci del comportamento, difficoltà a livello di funzionamento genitoriale. I genitori che chiedono aiuto sono persone che devono affrontare un problema legato ai compiti evolutivi specifici di un momento particolare del ciclo di vita. Caratteristiche specifiche degli interventi rivolti alla diade genitore-bambino: la tecnica usata per accedere al mondo interno e interpersonale della diade genitore-bambino e della famiglia può differire, ma l'esito sarà simile in quanto il cambiamento si verifica nel sistema. L'ambiente terapeutico di holding deve essere positivo, rinforzante, di supporto e di sostegno. Idealmente i terapeuti dovrebbero essere donne esperte (trasferimento della buona nonna). I terapeuti dovrebbero essere selezionati tra professionisti che già possiedono i requisiti richiesti; la formazione e l'apprendimento possono essere utili solo dopo che vi sia stata una scelta in relazione alla predisposizione e alle caratteristiche del terapeuta -> formazione specifica delle figure professionali. La scelta clinica può essere quella di usare come apertura lo scenario relazionale, l'analisi del mondo interno dei genitori, usando interviste semistrutturate o osservando direttamente la relazione madre-bambino attraverso registrazioni dei momenti di gioco condiviso/pasto. Unire le interazioni conflittuali attuali con il bambino e quelle passate dell'infanzia dei genitori permette di ridurre la sintomatologia patologica del bambino. Modelli di intervento sulla relazione genitore-bambino: tecnica del video feedback = videoregistrazione dell'interazione genitore-bambino e revisione del filmato da parte di un operatore insieme

al caregiver; home visiting = intervento domiciliare per famiglie problematiche a rischio psicosociale; minding the baby = per lo sviluppo della funzione riflessiva materna; psicoterapia breve genitore-bambino = intervento precoce, breve con videoregistrazione interazione diadica e intervista clinica alla madre o ai genitori; psicoterapia genitore-bambino = intervento basato sulla relazione che si estende nei primi sei anni di vita. Il bambino come partner attivo del trattamento facendo del gioco e dell'interazione i momenti focali delle sedute. Bisogna indirizzare la valutazione sul disturbo della relazione e su come questo venga riflesso sul bambino, che nell'espressione sintomatologica si assume il peso psichico di essere il depositario del disturbo relazionale. A seconda delle diverse fasi di crescita, il bambino esprimerà il disagio in aree specifiche = finestre cliniche. Le finestre cliniche sull'interazione genitore-bambino: 0-2 mesi = regolazione del ciclo dell'alimentazione, del ciclo sonno/veglia e del ciclo di attività del bambino; 2 mesi a 5 mesi = regolazione dell'interazione faccia a faccia, senza giocattoli; 5 mesi a 9 mesi = regolazione del gioco comune con oggetti; 8 mesi a 12 mesi = attaccamento e intersoggettività; 18 mesi a 24 mesi = linguaggio e aumento della mobilità e capacità fisica. Seppure la caratteristica dello sviluppo consiste in una progressiva evoluzione, esso procede per salti discontinui, seguito da periodi di consolidamento delle nuove acquisizioni. Ogni momento, dando luogo a nuove capacità e competenze in quasi tutti gli aspetti del funzionamento del bambino, comporta anche una riorganizzazione strutturale. Le aree del disturbo ad espressione somatica si strutturano all'interno dello sviluppo del Sé emergente e nucleare, per poi riflettersi nell'intersezione dinamica con la soggettività e l'intersoggettività del Sé. Le vie di ingresso al sistema dinamico della relazione genitore-bambino sono considerate l'aggancio clinico per poter rilevare le distonie comunicative ed espressive che si riflettono nell'adattamento affettivo e relazionale del bambino, dello sviluppo cognitivo e dell'apprendimento. La scelta di una via di ingresso rispetto ad un'altra viene guidata dal giudizio del terapeuta. Il bambino è un abile comunicatore sin da subito del disagio e apprende abbastanza presto ad usare strategie difensive per attuare l'esclusione di un affetto negativo. Alcune vie di ingresso: comportamento del bambino (gioco), del genitore; interazione G-B; rappresentazione che il bambino ha di sé e che il bambino ha del genitore e che il genitore ha di sé e che il genitore ha sul bambino; interazione bambino, madre, padre; relazione genitore-terapeuta, bambino-terapeuta, bambino-genitore-terapeuta, genitore-bambino-terapeuta. I disturbi di relazione sono legati anche alle vulnerabilità genitoriali. Quattro modalità di espressione conflittuale: genitorialità normale = i genitori effettuano identificazioni proiettive normali, flessibili ed esternalizzanti sul bambino e facilitano il passaggio da bambino immaginario a reale. Tali identificazioni permettono al genitore di mettersi nei panni del figlio e di tornare alla propria infanzia; genitorialità nevrotica = i conflitti insorgono quando il bambino viene coinvolto inconsciamente nel processo di diniego di alcuni aspetti del lutto del genitore. Le identificazioni proiettive, esternalizzanti ed empatiche, assumono carattere costrittivo, forzando il bambino a identificarsi con le immagini proietate su di lui per annullare gli effetti dolorosi di una mancata elaborazione del lutto; genitorialità masochista = i lutti non elaborati appaiono problematici e carichi di sensi di colpa. Possono presentarsi due situazioni: - il genitore ha avuto genitori critici e con tendenze depressive, che il bambino ha vissuto sentendosi colpevole e responsabile per il loro stato; - il genitore ha accumulato rimproveri verso i propri genitori che ha vissuto

come rifiutanti o umilianti. Nel suo ideale dell'Io avrebbe voluto trasformarli; genitorialità narcisistica = le identificazioni proiettive che i genitori attuano sul figlio sono legate alla patologia, in quanto assumono toni rigidi, unidirezionali e deformanti. I genitori proiettano sul bambino immagini negative di sé stessi e di persone significative del proprio passato, generando un forte sentimento persecutorio rispetto al bambino. Le interazioni G-B che emergono sono problematiche e tendono a produrre gravi disturbi dell'attaccamento, depressione, disturbi evolutivi o psicosi. A lungo termine, il bambino viene spesso segnato da un disturbo della personalità di intensità variabile. Nel mondo intrapsichico del bambino, vi è una precocità delle difese (già a 3 mesi di vita). Tra gli obiettivi dell'intervento clinico vi è quello del riassorbimento delle difese precoci, quando viene eliminata la conflittualità della madre e ripristinata un'adeguata responsività verso il bambino. Quest'ultimo esprime a livello comportamentale ciò che non riesce a dire ed ha quindi bisogno dell'aiuto del terapeuta. Il prendersi cura dei genitori, da parte della società, si deve strutturare in un ambiente terapeutico di holding, dove l'azione del terapeuta è finalizzata a ristrutturare una base sicura incrinata. Si attua quindi un transfert positivo. ANNA FREUD aveva impostato un programma terapeutico sui bambini solo dopo aver considerato la possibilità di sviluppare un'alleanza terapeutica con i genitori; il sostegno empatico e non giudicante del terapeuta verso la trasformazione di nuove modalità di essere in relazione con il proprio figlio è il punto di partenza e di valutazione della co-costruzione dell'intervento. La base sicura terapeutica è quindi costituita da: transfert positivo, alleanza con i genitori e resilienza. Il terapeuta, facendo leva sugli aspetti positivi, prospetta il cambiamento favorendo un'esperienza di attaccamento corretta, il cui motore interno è rappresentato dalla creazione di un transfert positivo, che garantito dall'alleanza con i genitori, porta ad un assetto resiliente del sistema di cura terapeutica. Nell'intervento si usano strumentazioni diagnostiche: scale di sviluppo, osservazione dell'interazione G-B e valutazione dell'attaccamento, interviste e questionari, test cognitivi, di linguaggio e proiettivi di personalità. Il clinico deve conoscere: lo sviluppo normale per ogni momento di crescita del bambino; psicopatologia dello sviluppo; nosografia dei disturbi. Scopo esame diagnostico: classificazione nosografica, struttura della personalità del bambino, fase di sviluppo che sta attraversando e a quella che deve affrontare. Bisogna effettuare: valutazione = deve inserire il sintomo in un quadro confrontabile tra clinici e deve permettere di classificare il disturbo del bambino; valutazione funzionale o profilo di sviluppo = consente di confrontare il livello di sviluppo raggiunto dal bambino nelle diverse funzioni e competenze motorie, percettive, linguistiche, comunicative, affettive e relazionali; valutazione dimensionale = descrive, in prospettiva evolutiva, la progressiva trasformazione/ristrutturazione della personalità. Livelli di intervento nella psicoterapia G-B: Livello A: il clinico deve rilevare i contenuti fantasmatci dei genitori con difficoltà di interazione; Livello B = osservazione, comprensione, interpretazione delle relazioni conflittuali attuate sul setting terapeutico; Livello C = valutazione del mondo intrapsichico del bambino per individuare i meccanismi di difesa, che possono orientare il processo diagnostico. La presa in carico del bambino e della relazione G-B dovrebbe essere guidata dalla consapevolezza che è possibile intervenire in qualsiasi momento dello sviluppo, mitigando gli esiti di esperienze disfunzionali e riportando il bambino su traiettorie evolutive più serene.

DISTURBI AD ESPRESSIONE SOMATICA

I principali disturbi psicosomatici comprendono 5 aree: disturbi della sfera digestiva, disturbi del pianto, disturbi del sonno, disturbi della sfera cutanea e disturbi della sfera respiratoria. La patologia somatica è una patologia di base organica che ha una matrice di natura psichica ma che viene veicolata attraverso il corpo; l'organo/la funzione si ammala/ha manifestazioni disturbate perché c'è una sofferenza psichica disturbante. Le patologie psicosomatiche comprendono sia patologie d'organo (come la gastrite) sia patologie di funzione (come il sonno e il pianto). L'area dello sviluppo somatico, dell'appropriazione del corpo da parte del bambino, e della regolazione fisiologica rappresenta la prima matrice relazionale nella quale il bambino e il genitore si incontrano e iniziano a strutturare le prime battute del dialogo relazionale nell'infanzia.
In età evolutiva, soprattutto con bambini molto piccoli, siamo di fronte al fatto che il neonato di per sé è psicosomatico perché non ha ancora sviluppato competenze d'ordine superiore che gli consentano di manifestare la sofferenza psichica e quindi il corpo manifesta il disagio psichico. Questo passaggio è chiamato meccanismo della somatizzazione: il corpo scarica la sofferenza psichica senza un passaggio mentale (la persona non si rende conto di star male). Questo meccanismo è molto antico (tipico del neonato) e funziona su una base primitiva (con dolore psicologico, il corpo lo buta fuori -> passaggio diretto senza elaborazione del dolore); il corpo sta al posto della mente, non c'è elaborazione. Tutto ciò non è legato al meccanismo della conversione: meccanismo nevrotico più evoluto, nel quale il corpo soffre e rappresenta la mente; il dolore fisico sta al posto dell'elaborazione mentale. La conversione è un meccanismo più evoluto e simbolico, in cui il corpo ha valore rappresentazionale.
Crescendo, un soggetto che fa uso massiccio di somatizzazione diventa un paziente con difficoltà di elaborazione del dolore psichico, in quanto il corpo si ammala al posto della mente e piuttosto di andare dallo psicologo, si recherà dal medico. Nella prima infanzia, è più facile che certe difficoltà del bambino vengano scaricate attraverso il corpo, tramite il meccanismo psicosomatico, ma quest'ultimo non deve diventare stabile (non deve far ammalare il corpo ogni volta che qualcosa non va).
Nel dialogo comunicativo G-B, il corpo è veicolo sia di comunicazione affettiva, sia mezzo per monitorare l'adeguatezza sintonica di stati psicofisici in una linea di sviluppo sano. La conoscenza relazionale implicita alla base dello sviluppo sano è nel momento in cui trova nell'espressione somatica un arresto può portare ad un blocco comunicativo e può essere un segnale espressivo che permette al genitore e al clinico di individuare un disagio relazionale e intervenire tempestivamente per cercare di riparare il danno.
Il clinico deve superare due scogli diagnostici: estendere in modo eccessivo la definizione clinica di psicosomatico e di includervi qualsiasi tipo di disturbo ogni volta che, di fronte a una malattia, un fattore psicologico può essere rilevato; generalizzare i quadri clinici sulla base di quanto rilevato negli adulti, dimenticando il carattere specifico delle manifestazioni somatiche del bambino.
KREISLER sostiene di seguire un'indagine che approfondisca: il bambino, sul versante medico e psicologico; le influenze eziologiche e gli avvenimenti contemporanei allo scompenso somatico; la personalità dei partner significativi nella relazione con il bambino; la famiglia, l'economia del suo funzionamento, le caratteristiche sociali.

La traiettoria evolutiva dei disturbi psicosomatici tende a regredire spontaneamente durante lo sviluppo, ma il disagio del bambino, se non viene considerato tempestivamente, può confluire in altri disturbi. Il sintomo somatico usato dal bambino facilita l'apertura clinica dei genitori verso il disagio psicologico. Gli eventi stressanti riguardano il contesto familiare, le caratteristiche temperamentali del bambino, il contesto sociale più allargato e il sistema scolastico. Il clinico deve considerare i genitori, la scuola, il rapporto con i pari, coinvolgendoli nel processo di osservazione, diagnosi e trattamento. Il modello di intervento deve considerare sia la sfera somatica sia quella emotiva-affettiva.

PROSPETTIVA PSICODINAMICA

Per un bambino piccolo, il corpo rappresenta il mezzo di espressione privilegiato per esprimere i propri bisogni e le proprie necessità e per il genitore è un modo per comprendere, interpretare e rispondere in modo adeguato alle richieste del bambino. I processi difensivi del bambino verso i conflitti interni ed esterni che minacciano il suo equilibrio intrapsichico trovano espressione solo attraverso il linguaggio del corpo. Le manifestazioni somatiche, nei primi mesi di vita, sono legate ai processi di maturazione e di sviluppo e rappresentano il miglior rilevatore diagnostico per comprendere se la traiettoria evolutiva sta procedendo sui binari sintonici della salute mentale.

Se i processi di sintonizzazione affettiva G-B risultano difettosi, possono manifestarsi disturbi psicosomatici di varia entità, generando un dolore emotivo che si manifesta in un dolore corporeo, allo scopo di riprodurre coattivamente sensazioni corporee relative al legame perduto. Affinché non avvenga una disorganizzazione psicosomatica, la relazione G-B deve avere tre qualità: ricchezza degli scambi affettivi, flessibilità degli adattamenti reciproci, stabilità relazionale (permanenza e coerenza).

WINNICOTT: alla nascita il neonato si trova a vivere momenti non integrati, dove i suoi bisogni e desideri, prima fisiologici, poi del corpo, vengono soddisfatti dalla madre sufficientemente buona che lo aiuta a farli divenire caratteristiche dell'Io. La figura materna assume funzione adattiva di aiuto nel realizzare un'adeguata integrazione psicosomatica attraverso la quale il bambino acquisisce la capacità della psiche di abitare nel soma -> personalizzazione = conquista sana dello sviluppo; si stabilisce gradualmente e rappresentano un segno di salute, in quanto il bambino può usare relazioni in cui ripone la massima fiducia e in tali relazioni a volte si disintegra, si depersonalizza = perdita del contatto del bambino/paziente con il proprio corpo e con il suo funzionamento. Personalizzazione e depersonalizzazione sono legate; il senso di fiducia in una relazione offre l'opportunità di una serena inversione dei processi integrativi e contemporaneamente facilita la tendenza innata che il bambino ha verso l'integrazione. Orientamenti attuali di ricerca sostengono la relazione madre-bambino come complesso sistema interattivo che consente la differenziazione delle esperienze e lo sviluppo del senso di sé. I disturbi della sintonizzazione affettiva evidenziano l'emergere di vari disturbi tra i quali quelli psicosomatici. Il fallimento nell'area del riconoscimento di bisogni e affetti si traduce in disturbo psicosomatico come dolore del corpo.

EPIDEMIOLOGIA: i quadri diagnostici dei disturbi psicosomatici evidenziano come il corpo è per il bambino lo strumento con il quale esprimere una sofferenza psicologica. La più alta frequenza dei disturbi psicosomatici nell'infanzia si registra intorno ai due anni di età e questa frequenza si mantiene stabile durante il terzo e quarto anno.

DISTURBI DELLA SFERA RESPIRATORIA.

Le patologie somatiche di base respiratoria possono suscitare grande preoccupazione nell'ambiente circostante. Si tratta di patologie che probabilmente hanno origine da un contesto ansioso, ma che possono anche generare ansia nell'ambiente stesso.
L'asma infantile è una patologia caratterizzata da molteplici fattori; la componente psichica non favorevole può contribuire al manifestarsi di crisi specifiche, il cui significato va compreso nel contesto di vita del bambino. Questa patologia può anche fungere da mezzo comunicativo: di fronte a situazioni particolarmente pesanti, il bambino può perdere il respiro; il contesto circostante deve essere consapevole che certi tipi di stress possono portare la persona al limite della propria capacità respiratoria (significato dinamico). La relazione asmatica con il caregiver primario sembra essere caratterizzata da un sovraccarico del rapporto duraturo, nel quale il bambino si sente schiacciato dal peso dell'iperprotezione genitoriale, la quale ostacola i meccanismi di individuazione e autonomia del bambino sotto la spinta motivazionale inconscia del genitore di voler proteggerlo, ostacolandone il processo di separazione-individuazione.
Il laringospasmo o la convulsione affettiva respiratoria si manifesta con la chiusura della radice che porta il bambino a interrompere il respiro per pochi secondi. Può avvenire in forma pallida (il bambino perde i sensi – crisi dovute a un dolore, evento traumatico o paura) o cianotica (il bambino diventa blu/violaceo e smette di respirare; la causa è la collera o la disperazione). Solitamente si manifesta intorno al secondo anno di vita, in quanto è l'anno dei processi di separazione e dei "no" (che segnano il confine tra sé e l'altro); i bambini mettono in atto comportamenti oppositivi nei confronti dell'ambiente. Il bambino diventa quindi difficile e si stabilisce un processo evolutivo che non sta andando a buon fine. L'individuazione che il bambino sta cercando di fare è troppo carica di ansia e quindi mette in atto dei "no" assoluti che non gli permettono di respirare. All'interno di una fase evolutiva, l'opposizione all'adulto è plausibile; l'insorgenza del laringospasmo è, simbolicamente parlando, "la fine di voler vivere" = smettere di respirare (significato simbolico psicodinamico; "se tu non mi fai essere quello che voglio, io svengo/muoio"). Il genitore prova paura; si possono stabilire modelli relazionali disfunzionali in cui gli adulti non favoriscono lo sviluppo dei bambini perché "se tu mi dici di no, io (bambino) interrompo la relazione". La paura è reciproca: si instaura il meccanismo "spaventato-spaventante": il genitore è spaventato dai comportamenti del bambino e quindi comunica la sua paura; il bambino tiene sotto controllo il genitore, in quanto c'è una minaccia implicita/simbolica anche se non si tratta di un meccanismo consapevole. È un sintomo di natura oppositiva. La chiusura del respiro può significare anche chiusura con il mondo: il bambino può infatti perdere i sensi. Il sintomo ha anche un significato di autoesclusione.
Il circuito paradossale della relazione genitore-bambino nel laringospasmo si manifesta con un genitore iperprotettivo che porta alla sottomissione del genitore e all'atteggiamento tirannico e prepotente del bambino. Se l'atteggiamento del bambino non viene trattato, può manifestare un disturbo esternalizzante del comportamento. Il bambino tiene sotto controllo l'altro e la relazione; se non riesce a fare ciò, mette in atto dei comportamenti di protesta. Si tratta di un'area difficile dal punto di vista psicopatologico, in quanto le emozioni evolutive non vengono elaborate (senso di colpa, vergogna), il corpo esprime

sofferenza psichica, e si verifica un discontrollo degli impulsi (il bambino non considera le regole del contesto sociale); sono quindi bambini e futuri adolescenti difficili da trattare in terapia.

DISTURBI DELLA SFERA CUTANEA.

Il veicolo di comunicazione è importante rispetto al nostro benessere o malessere. L'area delle psicopatologie somatiche sul versante cutaneo è legata all'area del contatto e del contenimento.
L'eczema insorge intorno ai 5/6 mesi; alcune aree della pelle si arrossano e si caratterizza per la comparsa di prurito intenso sulle guance e sul collo che può espandersi poi a tutto il corpo. Sembra collegato alla disfunzione precoce della relazione primaria con l'adulto: il primo contatto genitore-bambino avviene tramite la pelle (cambio pannolino). Il disturbo sull'area cutanea si risolve e successivamente possono manifestarsi, ad esempio, disturbi respiratori. I disturbi dell'area cutanea possono ripresentarsi anche quando si diventa adulti.
Avere aree della pelle irritate fa sì che i genitori debbano modificare il loro sistema di cure (il bambino si gratta di più, viene additato per le macchie che si creano e viene ritenuto contagioso). La pelle può quindi veicolare messaggi di esclusione. È un messaggio esteso a più persone e non solo ai riferimenti affettivi. Dal punto di vista psicodinamico, l'eczema viene considerato l'espressione sintomatologica che denuncia, nell'area cutanea di primo contatto, una relazione di cura non soddisfacente; sono bambini fragili, emotivi, intolleranti delle situazioni conflittuali e bisognosi di affetto.
L'alopecia è la perdita parziale o totale di capelli o peli in diverse aree del corpo. L'alopecia totale comporta la perdita totale di capelli e peli del corpo (sopracciglia e ciglia); l'alopecia parziale comporta la presenza di più chiazze prive di capelli ed in alcuni casi si mantengono ciglia e sopracciglia. Veicola un messaggio di perdita (i capelli portano alla distinzione maschio/femmina già da piccoli) e di perdita di una caratterizzazione, anche somatica (se tutti fossimo senza peli e capelli, saremmo tutti più simili). Questo disturbo sembra manifestarsi sia in caso di carenza affettiva precoce e continuativa, sia in caso di perdita delle figure di attaccamento. Questi bambini risultano avere una forte rigidità dell'Io e la loro comunicazione affettiva risulta inibita. L'alopecia si manifesta quando gli affetti e le emozioni non possono esprimersi liberamente, determinando un accumulo di tensione che porta a un disfunzionamento degli organi. Le madri si sentono impotenti e in colpa per non essere state in grado di fornire le cure necessarie ai loro figli.

DISTURBI DELLA SFERA DIGESTIVA (APPARATO GASTROINTESTINALE E URINARIO)

Enuresi: quando ci si trova di fronte a una consultazione per l'enuresi, bisogna escludere cause organiche dell'apparato urinario del bambino o l'assunzione di farmaci che favoriscono effetti fisiologici legati all'enuresi o all'assunzione di particolari cibi. Durante la consultazione è importante specificare se l'enuresi è solo notturna, solo diurna o sia notturna che diurna.

Escludendo ciò che è di natura medica e non psicosomatica, si parla di enuresi quando si verificano episodi ripetuti di emissione di urine nel letto o sui vestiti in varie condizioni della vita per almeno due volte alla settimana per almeno tre mesi consecutivi. Il bambino deve aver già raggiunto il controllo sfinterico; l'enuresi può essere diagnosticata a partire dai 5 anni o ad un livello di sviluppo equivalente (a 5 anni il controllo sfinterico e lo sviluppo del controllo sulle urine dovrebbero essere ultimati). Questa disorganizzazione psicosomatica è motivo di forte imbarazzo e rinunce per i bambini, limitando le azioni al di fuori del contesto familiare e richiedendo un grande impegno per i genitori.
Si distinguono due tipi di enuresi:

Enuresi primaria: segue il periodo del non controllo fisiologico.
Enuresi secondaria: si verifica dopo un periodo precedente di acquisizione transitoria del controllo sfinterico di almeno 6 mesi. Si manifesta maggiormente nei maschi.

I poli relazionali genitore-bambino nell'enuresi portano a disturbi della regolazione affettiva, dell'attaccamento e comportamentali. Un bambino estremamente passivo con un ambiente iperprotettivo può diventare dipendente dall'ambiente, il quale non favorisce lo sviluppo del bambino; l'ambiente familiare deve proteggere ma non in forma iperprotettiva, in quanto l'iperprotezione è considerata una forma di maltrattamento (concetto di "madre sufficientemente buona" di Winnicott). Al contrario, bambini aggressivi con un ambiente punitivo e rivendicativo mostrano una base aggressiva, in cui il bambino non fa la pipì perché vuole far pagare ai genitori e i genitori, a loro volta, diventano aggressivi.
Encopresi: si tratta della ripetuta emissione di feci in luoghi non appropriati, sia in modo involontario sia intenzionale. È più frequente nei maschi e si distingue tra:

Encopresi primaria: si manifesta senza una fase precedente di acquisizione del controllo delle feci.
Encopresi secondaria: insorge dopo una fase più o meno lunga di controllo sfinterico.

Inizia a delinearsi un sistema di stigmatizzazione sociale. Si verifica almeno una volta al mese per almeno tre mesi. L'età cronologica è di 4 anni o un livello di sviluppo equivalente. Il comportamento non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica se non attraverso un meccanismo che comporta costipazione. È un sintomo più importante dell'enuresi perché implica un aspetto di esposizione sociale particolarmente inadeguato. Il bambino che soffre di encopresi spesso si vergogna e può desiderare di evitare le situazioni sociali che lo mettono di fronte a imbarazzo e derisione da parte dei compagni. L'entità è legata al livello di autostima del bambino, al grado di ostracismo sociale da parte del gruppo dei pari, e agli atteggiamenti reattivi dei genitori che possono essere caratterizzati da rabbia, rifiuto, azioni punitive.
Si tratta di una patologia altamente invalidante: limita le aree di socializzazione del bambino, il quale rimane in una fase regressiva importante, non crescendo e non frequentando luoghi sociali, in quanto sono comportamenti con notevole impatto sulla vita sociale del bambino, che costringono lui e la sua famiglia a stare dentro le mura domestiche.

In alcuni casi avviene perché il bambino trattiene le feci per giorni per poi rilasciarle in modo volontario in contesti scolastici o familiari; oppure può esserci un fenomeno lineare che, senza trattenimento, fa sì che le feci vengano rilasciate in determinati contesti, in modo volontario o meno. È un comportamento oppositivo: il bambino trattiene invece di rilasciare in un momento in cui dall'ambiente viene richiesto al bambino di essere più autonomo. In seguito, possono presentarsi patologie organiche. Il controllo e il discontrollo allarmano la famiglia poiché si lega anche alla salute del bambino: trattenere le feci è legato all'impossibilità di avere una corretta gestione tra ciò che tratteniamo nel nostro corpo e ciò da cui possiamo separarci.
Cefalee: sintomo frequente sia nei bambini che negli adulti. Il bambino, in seguito ad episodi di malessere, può presentarsi confuso, irritato o apatico. Il genitore inizia a porre domande e a chiedere risposte per identificare meglio la frequenza, la tipologia e la ricorrenza del disagio. Si distinguono due tipi di cefalea:

Cefalea primaria: non esistono deficit strutturali alla base del disturbo. Spesso è associata con depressione e ansia, disturbi del sonno, epilessia, ADHD.
Cefalea secondaria: ci sono cause organiche che riconducono al mal di testa.

È importante osservare la frequenza con cui si presenta la cefalea e se sono episodi che insorgono in concomitanza con altre situazioni ambientali stressanti: non essendoci causa organica alla base, è importante chiedere alla famiglia di osservare se ci sono fattori che portano a fare emergere questa sintomatologia. La sintomatizzazione è un legame diretto tra la condizione stressante e il sintomo che si sta manifestando.
Si distinguono inoltre due tipi di cefalea:

Emicrania: i sintomi sono prevalentemente di natura visiva, sensoriale, motoria e linguistica. Solitamente i sintomi scompaiono in un'ora, in concomitanza con il vero mal di testa.
Cefalea tensiva: si presenta in forma episodica e cronica (più di 15 giorni al mese).

Il clinico deve valutare l'impatto del disagio sull'ambiente, la struttura di personalità del bambino che cerca l'isolamento sociale e la concomitanza della prima manifestazione dell'emicrania a seguito di traumi, lutti o separazioni dei genitori. Deve considerare problematiche psicologiche concomitanti: enuresi, ansia, depressione, disturbi del sonno e della sfera alimentare.
Dolori addominali ricorrenti (DAR): si tratta di dolori addominali parossistici, con ricorrenza mensile, per almeno tre mesi consecutivi, della durata inferiore alle tre ore e tali da modificare le normali attività del bambino. Il disturbo si manifesta per la prima volta in età scolare, tra i 4 e i 6 anni. Spesso si presenta in comorbidità con cefalea, mal di schiena e dolore agli arti. L'apparato gastrointestinale ha la capacità di contrarsi e rilassarsi e quindi le persone stressate o in situazioni insolite e stressanti ne risentono, soprattutto per chi somatizza prima. Alcuni bambini possono essere alleviati dal sintomo quando viene esclusa una causa organica.

"Disturbi del sonno

L’area del sonno è inserita tra le psicopatologie ad espressione somatica perché il sonno unisce l’aspetto fisiologico (caratteristiche che riguardano lo sviluppo ed il funzionamento organico) e psicologico. Il bambino alla nascita ha un sonno polifasico, il quale vede l’alternanza tra sonno – veglia in modo abbastanza irregolare e non rispetta i ritmi circadiani della ripartizione sonno – veglia. Man mano che lo sviluppo procede, gli intervalli di tempo tra sonno e veglia si devono allungare a vantaggio della veglia e le fasi di veglia e di sonno devono adeguarsi ai ritmi circadiani (veglia – momento di luce, sonno – momenti serali). Il sonno polifasico ha un importante valore per quanto riguarda lo sviluppo cerebrale e organico del bambino, perché nei primi anni di vita c’è il completamento organico e fisiologico di alcune componenti cerebrali, e le fasi di veglia brevi favoriscono il comportamento di alcune connessioni tra aree cerebrali: sviluppo intrauterino che avviene al di fuori dell’utero. Il sonno polifasico serve a completare lo sviluppo neurologico del bambino. Dopo queste fasi, l’alternanza sonno – veglia deve modificarsi: la collocazione del sonno e della veglia deve collocarsi in modo esatto durante la giornata (semiveglia durante l’alba, veglia fino al crepuscolo; fisiologicamente il nostro corpo dovrebbe rallentare la propria attività per prepararsi alla propria condizione di semiveglia per il sonno notturno). Il sonno è costituito da due stati funzionali della coscienza: sonno non REM (sonno tranquillo) e sonno REM (sonno attivo, caratterizzato da rapidi movimenti oculari). Il sonno non REM è diviso in 4 stati in base all’ampiezza e al ritmo delle onde elettriche che vanno dal sonno leggero a quello profondo.
Sonno = condizione psicofisiologica che va equilibrata da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale. Addormentarsi significa separarsi da noi stessi e dagli altri perché la condizione di sonno è paradossale: da una parte siamo vivi e presenti fisicamente in un luogo, dall’altra siamo in uno stato di coscienza non completamente consapevole. Per avere un buon rapporto con il sonno, occorre essere capaci di separarsi da sé stessi e dall’altro.
Addormentato = capacità di lasciare andare le parti di noi stessi più controllanti e anche le relazioni con gli altri. Dopo essersi addormentati, è importante mantenere un sonno con determinate caratteristiche di stabilità nel tempo. L’addormentamento è un luogo e uno spazio fisico che sancisce il distacco dal proprio caregiver e può essere vissuto come traumatico quando vi è poca o nulla sintonizzazione affettiva.
Questi disturbi sono un campanello d’allarme per valutare la regolazione affettiva tra caregiver e bambino. Possono inoltre avere effetti deleteri sullo sviluppo cognitivo (apprendimento, funzioni esecutive), sulla regolazione dell’umore (irritabilità, scarsa regolazione affettiva), sullo sviluppo comportamentale (aggressività, iperattività, scarso controllo degli impulsi) e sulla qualità di vita.
Due aree: disturbo dell’addormentamento e disturbi che riguardano i risvegli notturni. In età evolutiva, i disturbi del sonno incidono pesantemente in queste tre aree:
Verifica della base sicura: addormentato = separazione; risveglio = riunione. Nei casi di risvegli ripetuti durante la notte, il bambino vuole fare una verifica della base sicura: controlla se il genitore è presente. I continui risvegli indicano un tema di ansietà rispetto al ricongiungimento B-G.
Secondo il DC: 0 – 5, esistono quattro tipi di disturbi del sonno, i quali si manifestano ad un’età precisa:

disturbi dell’addormentamento (dai 6 mesi): il bambino necessita di più di 30 minuti per addormentarsi, per molte notti a settimana; i sintomi devono essere presenti per almeno 4 settimane. Il problema del sonno non è spiegato dal sintomo di un altro disturbo, ovvero non esiste un’altra sintomatologia psichica o organica che spiega la difficoltà ad addormentarsi. I sintomi del disturbo / gli adattamenti del caregiver rispetto ai sintomi influiscono significativamente rispetto al funzionamento del bambino o della famiglia: le strategie che l’adulto attua modificano la vita della famiglia, ad esempio andando ad invalidare i ritmi precedentemente considerati adeguati.
"Questo disturbo causa stress al bambino, il quale si trova in una situazione di fatica che interferisce con le sue relazioni. Limita la partecipazione del bambino ad attività e routine attese per la sua età di sviluppo, proprio perché il bambino dorme poche ore, e limita la partecipazione della famiglia ad attività o routine giornaliere: la famiglia si organizza intorno al sintomo del bambino, limitando la capacità del bambino di intraprendere nuove acquisizioni o interferendo con la sua traiettoria evolutiva.
Disturbi da risveglio notturno (da 8 mesi): multipli o prolungati risvegli accompagnati da richiami, molte volte durante la settimana, per almeno 4 settimane. I sintomi non sono spiegati da altri disturbi/problemi medici o effetti collaterali di medicinali. I sintomi del disturbo influiscono sul funzionamento del bambino e della sua famiglia, causando stress al bambino, limitando la partecipazione del bambino ad attività e routine attese per la sua età di sviluppo, proprio perché il bambino dorme poche ore, limitando la partecipazione della famiglia ad attività o routine giornaliere: la famiglia si organizza intorno al sintomo del bambino, e limitando la capacità del bambino di intraprendere nuove acquisizioni o interferendo con la sua traiettoria evolutiva.
Disturbo da risveglio parziale (da 12 mesi): i sintomi devono essere presenti per almeno 4 settimane. Si manifesta in due espressioni: terrore del sonno = episodi frequenti, con associati risvegli improvvisi dal sonno. Gli episodi sono spesso associati a pianto e distress (palpitazioni, aumento della frequenza respiratoria, sudorazione); avvengono generalmente nelle prime ore del sonno; durante l'incubo, il bambino non risponde agli sforzi per calmarlo. Sonnambulismo = episodi ricorrenti e frequenti di alzarsi dal letto e camminare per casa; il bambino ha gli occhi aperti ma la responsività è limitata. Il bambino non ricorda gli episodi al mattino. I sintomi del disturbo influiscono sul funzionamento del bambino e della sua famiglia, causando stress al bambino, limitando la partecipazione del bambino ad attività e routine attese per la sua età di sviluppo, proprio perché il bambino dorme poche ore, limitando la partecipazione della famiglia ad attività o routine giornaliere: la famiglia si organizza intorno al sintomo del bambino, e limitando la capacità del bambino di intraprendere nuove acquisizioni o interferendo con la sua traiettoria evolutiva.
Disturbo da incubi notturni (da almeno 12 mesi): frequenza ricorrente di brutti sogni o risvegli improvvisi con distress che spesso insorgono nella seconda metà del sonno. Il bambino può o non raccontare il sogno. I sogni si manifestano sia come conseguenza del disturbo post-traumatico da stress sia dell'ansia da separazione. I sintomi del disturbo devono essere presenti per almeno un mese, e influiscono sul funzionamento del bambino e della sua famiglia, causando stress al bambino, limitando la partecipazione del bambino ad attività e routine attese per la sua età di sviluppo, proprio perché il bambino dorme poche ore, limitando la partecipazione della famiglia ad attività o routine giornaliere: la

famiglia si organizza intorno al sintomo del bambino, e limitando la capacità del bambino di intraprendere nuove acquisizioni o interferendo con la sua traiettoria evolutiva.
Disturbo da pianto eccessivo: il pianto è un segnale vocale di sofferenza fisica ed emotiva, essenziale per la sopravvivenza, soprattutto durante il primo periodo di vita, quando il bambino non è in grado di parlare. Il pianto di per sé non è un segnale distintivo di disturbo; diventa un sintomo patologico quando continua incessantemente a persistere dopo che il genitore ha adeguatamente risposto ai segnali di cura e conforto del bambino, soddisfacendo i suoi bisogni fisiologici. Diventa così un segno di disagio e malessere, attraverso il quale comunicare all'esterno la sofferenza. È una patologia quando inizia a manifestarsi verso il primo anno (DC: 0-5). Il bambino piange per almeno tre ore al giorno, tre o più giorni alla settimana, per almeno tre settimane. Non si può attribuire ad una condizione medica. I sintomi del disturbo influiscono sul funzionamento del bambino e della sua famiglia, causando stress al bambino, limitando la partecipazione del bambino ad attività e routine attese per la sua età di sviluppo, proprio perché il bambino dorme poche ore, limitando la partecipazione della famiglia ad attività o routine giornaliere: la famiglia si organizza intorno al sintomo del bambino, e limitando la capacità del bambino di intraprendere nuove acquisizioni o interferendo con la sua traiettoria evolutiva.
Alessitimia e disregolazione affettiva: mancanza di parole per le emozioni. È caratterizzata da aspetti fondamentali: difficoltà ad identificare i sentimenti, difficoltà a discriminare un sentimento dall'altro e i sentimenti da sensazioni somatiche non emozionali; difficoltà a comunicare ad altri i propri sentimenti, stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno, con mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno proprio ed altrui. Accessorie: questi soggetti si lamentano di sintomi somatici; i loro sogni oscillano tra incubi arcaici e pensiero razionale; possono dare un'impressione di conformismo, possono presentare amimia; oscillano tra un comportamento dipendente ed evitante; mostrano ridotta capacità empatica e difficoltà a riconoscere le emozioni facciali. Si ritiene che queste caratteristiche riflettano un deficit nell'elaborazione cognitiva delle emozioni. Il soggetto alessitmico, poco in grado di identificare i propri sentimenti e di comunicarli all'esterno, appare carente nella sfera cognitivo-esperienziale e interpersonale. Vi è una dissociazione che comporta il non avere parole (né immagini) per le emozioni. La capacità di gestione delle emozioni matura durante la crescita, tuttavia è possibile pensare che possano avere un ruolo determinante nel momento in cui l'individuo deve affrontare eventi che sfidano lo sviluppo individuale e la salute in generale. L'alessitmia è in relazione sia con la patologia fisica sia con quella mentale (espressione sintomatologica legata all'alterazione dell'umore) sia con quella comportamentale."

I DISTURBI ALIMENTARI INFANTILI

L’alimentazione, negli scambi genitore – bambino, ha un ruolo importante perché quando nasce, il bambino mangia e dorme; apprende in questo modo i cicli sonno – veglia e di fame – sazietà. Ci sono competenze che il bambino già possiede alla nascita, inerenti all’alimentazione, come ad esempio la suzione. È un riflesso innato del bambino che deve evolversi affinché il bambino possa apprendere ad alimentarsi autonomamente.
Il bambino deve passare da “qualcuno che si prende cura di lui” allo stato in cui il

bambino riesce a riconoscere il segnale “fame”, segnalarlo, riconoscere la sazietà e altri vissuti emotivi.
Tutto ciò si gioca all’interno della relazione: il bambino segnala il suo bisogno e l’adulto riesce a leggere, interpretare e rispondere adeguatamente al segnale.
Il percorso dell’alimentazione passa per tre fasi:
è importante che il bambino riesca a raggiungere uno stato di equilibrio ottimale, per cui il bambino non deve essere stressato ma deve mantenere uno stato di veglia vigile; molto dipende dall’adulto, il quale ad esempio deve assicurarsi che nella stanza non ci sia troppo caldo, ricercare una posizione ottimale del bambino
man mano che il bambino diventa più interattivo e attivo nello scambio, si ricerca la reciprocità con l’adulto; le interazioni si giocano in modo tale da arrivare alla nutrizione possibilità che il bambino arrivi ad alimentarsi autonomamente. Ci sono competenze evolutive che il bambino possiede (sviluppo motorio) e altri elementi interni alla relazione; i genitori devono sostenere le competenze evolutive del bambino.
Regolazione di stato: i bambini iniziano a regolarizzare i cicli sonno – veglia e quelli dell’alimentazione e dell’espulsione. Il bambino segnala la fame attraverso il pianto e la segnalazione sociale e ci si aspetta che i genitori siano in grado di cogliere i segnali. Si gioca sugli aspetti fisiologici, però ci sono diversi studi che indicano come ci sia una componente molto relazionale ed interattiva; osservando i ritmi di suzione del bambino e gli aspetti di interazione M-B, si è notato che la suzione ha diverse fasi: le mamme aumentano la stimolazione sociale durante i periodi del pasto.
Acquisizione della reciprocità diadica: a due mesi, il bambino diventa più presente, risponde in modo più adeguato agli input sociali (sorriso sociale): sorride in presenza del volto dell’adulto e può diventare una risposta specifica rispetto al fatto che davanti a lui c’è un adulto specifico di riferimento. È uno stimolo che ha valore di ricompensa.
L’alimentazione si basa, oltre che sulla possibilità che il bambino si svegli, anche su aspetti più interattivi (vocalizzi, movimento dello sguardo): il bambino ha un bagaglio di competenze interattive più chiare e riesce a segnalare meglio i suoi bisogni.
Contemporaneamente ci aspettiamo che, in condizioni ottimali, i genitori siano in grado di rispondere adeguatamente al bambino, cogliendo i suoi segnali e adattandosi alla sua situazione.
Diventando più interattivo il bambino ed il momento del pasto, ci si aspetta che questo momento sia di nutrizione ma anche di interazione e divertimento. Non è un semplice compito ma anche un aspetto connotato da caratteristiche positive. Situazioni difficili possono insorgere quando il bambino non segnala in modo chiaro lo stato di fame e sazietà o quando l’adulto fatica a cogliere e adattarsi ai segnali del bambino. Non abbiamo sempre situazioni definite, ma alcuni aspetti possono essere delimitati solo in alcuni momenti (stress dei genitori o fasi di sviluppo per i bambini).
Transizione all’alimentazione autonoma e alla regolazione emotiva (dai 6 mesi ai 3 anni): il bambino diventa sempre più competente (sta seduto sul seggiolino, sviluppo della motricità fine, segnala i bisogni, può ricercare situazioni specifiche per modulare lo stato affettivo in determinati momenti: non mangia quando ha paura ma quando ha fame) e l’adulto con i suoi comportamenti deve riuscire a comprendere i segnali del bambino. In situazioni ottimali, l’adulto deve rispondere ai segnali di fame attraverso comportamenti legati alla nutrizione e alla sfera affettiva.

Due temi importanti rispetto all'alimentazione autonoma sono legati all'autonomia e alla dipendenza. La ricerca dell'autonomia la si trova quando il bambino vuole provare a mangiare da solo e l'adulto deve essere in grado di tollerare questo passaggio. Questi aspetti vanno negoziati: non devono essere uno scontro, o meglio ci può essere in alcuni momenti ma non deve diventare una situazione tipica. Aspetti di difficoltà possono presentarsi quando vi è conflitto tra G-B, con la possibilità che il bambino inizi a confondere i vissuti legati alla fame da quelli che sono i vissuti affettivi. L'osservazione di questi comportamenti interattivi durante l'alimentazione è importante quando vengono riportate delle difficoltà nell'alimentazione e quando pianifichiamo un intervento.
Cosa osservare nel caregiver:
facilitazione dello scambio attraverso il posizionamento del bambino: durante il pasto c'è una pianificazione implicita di quello che è il momento (liberare il tavolo da aspetti che possono ostacolare il pasto, come ad esempio i giochi) - sostegno nel posizionamento presenza di dialogo con il bambino alternanza dei turni presenza di commenti positivi sul bambino sulla sua capacità di nutrirsi e di assumere cibo -> rinforzo positivo del bambino che porta ad incrementare un determinato comportamento / commenti critici o negativi presenza di piacere nelle interazioni (sguardo, voci, sorrisi) qualità degli affetti (positività, tristezza, distacco) / manifestazioni di rabbia o disagio presenza di rigidità nell'holding (allattamento)
tentativi di distrarre il bambino tentativo di controllare il pasto senza tener conto dei segnali del bambino / fatica nel cogliere i segnali del bambino manipolazione eccessiva del bambino limitazione eccessiva nei movimenti.
Cosa osservare nel bambino:
orientamento dello sguardo verso il caregiver / evitamento dello sguardo presenza di vocalizzi verso il caregiver qualità degli affetti (positivi, iporegolazione, distacco) arresto nell'alimentazione (si addormenta e smette di mangiare) irrigidimento di fronte al contatto corporeo rifiuto del cibo (rifiuta di aprire la bocca, si inarca, si allontana) manifestazione di rabbia / disagio distrazione durante il pasto bambino tiene il cibo in bocca, lo sputa, rumina o piange o quando gli viene tolto il cibo.
La diagnosi e l'assessment delle patologie legate all'alimentazione in età evolutiva sono molto complesse e pongono numerose problematicità connesse, in primo luogo, all'impossibilità del piccolo paziente di comunicare e rendere comprensibili le proprie difficoltà.
I genitori devono rilevare e dare significato ai comportamenti di rifiuto alimentare o di iperalimentazione del proprio bambino. Il percorso di sviluppo presenta discontinuità temporanee che possono essere legate alla dentizione o al passaggio all'alimentazione solida o autonoma (bambino più piccolo) o all'adattamento ai contesti sociali di condivisione del momento del pasto (bambini più grandi, mangiare alla mensa scolastica).
La distinzione tra un disagio momentaneo, legato a specifiche situazioni relazionali e ambientali, e un vero e proprio disturbo psicopatologico che comporta un'alterazione più o meno permanente della sfera psichica è molto complessa ed è per questo motivo che i disturbi nella prima infanzia sfuggono a un chiaro criterio di classificazione.
La lettura scientifica dei disturbi alimentari si focalizza su due dimensioni:
manifestazioni comportamentali del bambino che, nonostante la disponibilità di cibo, non ingerisce una quantità di nutrimento adeguata all'età oppure ne ingerisce in modo

eccessivo
possibili aspetti disadattivi della relazione caregiver – bambino.
La prevalenza in ambito internazionale dei disturbi alimentari in età evolutiva è di circa il 25% nei bambini con sviluppo tipico, mentre raggiunge l'80% nei bambini con disturbi dello sviluppo. Negli ultimi due decenni si è assistito a un aumento delle patologie legate all'alimentazione in età evolutiva probabilmente a causa del maggior tasso di sopravvivenza dopo il parto dei bambini gravemente prematuri e con malformazioni cardiache, che spesso presentano problemi nell'area alimentare nel corso dello sviluppo.
PROSPETTIVA PSICODINAMICA =
Failure to Thrive = nozione per descrivere le difficoltà alimentari di bambini istituzionalizzati con scarsa crescita senza causa organica identificabile.
1945, SPITZ e la "DEPRIVAZIONE MATERNA" = allontanamento delle figure di accudimento primarie e la mancanza di interazioni emotivo – affettive alla base di una serie di disturbi, anche alimentari. Per bambini non istituzionalizzati, la scarsa qualità dell'interazione madre-bambino alla base delle difficoltà alimentari e della scarsa crescita.

- Condizioni mediche associate e predisponent ai disturbi alimentari

- Prematurità	- Immaturità del cavo orale e delle capacità funzionali di suzione / alimentazione e
- Atrofia spinale muscolare di tpo II	- Difficoltà di mastcazione e deglutzione
- Anomalie cardiache congenite	- Disfagia
- Esofagite eosinofila / reflusso gastroesofageo	- Infiammazione dell'esofago con difficoltà o impossibilità di deglutizione
- Anomalie della strutura e delle funzioni della laringe	- Difficoltà di respirazione con difficoltà di alimentazione
- Paralisi cerebrale	- Difficoltà nella deglutizione, disorganizzazione dei movimenti orali, aspirazione per incoordinazione nella deglutizione – chiusura della glottide e reflusso del reflusso della tosse

Nel 1983, CHATOOR E EGAN definiscono il quadro clinico dell'anoressia infantile caratterizzato dal bambino che rifiuta il cibo durante la fase di separazione – individuazione della madre. La qualità della relazione madre – bambino (e il loro legame di attaccamento) possono non essere gravemente compromessi, ma le difficoltà alimentari sono legate a un più generale disturbo della relazione con il caregiver.
DISTURBI ALIMENTARI INFANTILI
MODELLO PSICODINAMICO = utilizza osservazioni dirette e sistematiche del bambino nel suo contesto di vita. Il focus è sulla funzione autoregolativa del rapporto con l'altro.
Nel momento in cui il bambino avverte una sensazione di fame, egli è predisposto a

sperimentare la relazione calda e amorevole con la madre, la quale provvede al suo bisogno (fisiologico ed emotivo): il ritmo e la qualità delle risposte materne ai segnali del piccolo creano un sistema di aspettative generalizzate che consente al bambino di organizzare il proprio Sé individuale. Nei primi giorni di vita, la regolazione dei ritmi fisiologici (fame – sazietà, sonno – veglia) che il bambino impara attraverso i primi scambi relazionali, è fondamentale per la crescita del Sé. Difficoltà nel primitivo sviluppo del Sé, possono lasciare il segno per uno sviluppo precoce di disordini alimentari.
SANDER ha condotto sistematiche osservazioni sulle interazioni precoci tra madre e figlio, cercando di discriminare i processi che sono alla base della regolazione e della costruzione del Sé. Lo sviluppo del bambino prevede uno spostamento da una fase di iniziale regolazione fisiologica a una fase in cui il piccolo acquisisce la capacità di prendere parte attiva nelle interazioni. I caregivers devono essere in grado di adattarsi a questi cambiamenti evolutivi, riconoscendo e promuovendo la crescente autonomia del bambino. La madre deve imparare a modificare i propri comportamenti, mantenendo una relazione con il figlio organizzata in modo adattivo, regolata in modo appropriato e affettivamente modulata. La tendenza all'interazione, che permette gli scambi individuo – ambiente, è una motivazione innata necessaria al mantenimento della vita, che si appoggia allo sviluppo neurobiologico che permette la maturazione del sistema nervoso centrale del bambino; tutto ciò consente l'introduzione nella relazione di nuove configurazioni comportamentali e capacità funzionali.
La relazione M-B precede e dà origine a quell'insieme di comportamenti, sensazioni, aspettative e significati che costruiscono il Sé del neonato. Il progressivo sviluppo verso l'autoregolazione influenza l'adattamento e il comportamento sociale del bambino.
STERN sostiene che il bambino è in grado di sperimentare la sensazione di essere l'attore delle proprie azioni sostenuto dalla madre, che riesce a riconoscere i suoi stati d'animo, aiutandolo ad organizzare gli affetti che sperimenta già dai primi giorni di vita e attraverso il linguaggio, la madre può rendere più fluida l'interazione. Le esperienze affettive vissute con la madre permettono al bambino di unire le esperienze della memoria e di costruire una storia del Sé. Rappresentazioni di interazioni generalizzate (RIG) = esperienze affettive vissute già dai primi giorni di vita che il bambino organizza in un sistema stabile e coerente. Il momento alimentare serve per la costruzione del Sé e permette al bambino di crearsi aspettative rispetto a un evento che si ripete -> rafforza il senso di coerenza e continuità rispetto al proprio Sé. Se però questi scambi alimentari sono incoerenti e conflittuali, possono portare ad un disturbo precoce dell'alimentazione.
LICHTENBERG = lo sviluppo è sostenuto da un sistema motivazionale della regolazione psicologica delle esigenze fisiologiche costruito attorno a un bisogno fondamentale, che contribuisce alla regolazione del Sé attraverso scambi interattivi con i caregivers. È necessario che i passaggi da stato a stato siano caratterizzati da una coerenza e da un ritmo che conferisca ai primi giorni di vita la tranquillità necessaria per uno sviluppo sano. Ad ogni stato sono associati affetti, positivi o negativi; se i processi di mutua regolazione sono efficaci, entrambi i partner sperimentano una sfumatura affettiva calma e positiva. Se la madre non risponde prontamente al bisogno o in modo disorganizzato, il disagio associato al bisogno fisico cresce sempre più. La ripetizione del bisogno fisiologico e la sua soddisfazione creano nel bambino un senso di familiarità di stato. Se non si crea un buon adattamento, si può sviluppare un disturbo nella sfera alimentare.

Le madri depresse distolgono più spesso lo sguardo dai propri bambini, sono più intrusive, esprimono più rabbia e manifestano meno affetti positivi rispetto alle madri senza disturbi psicopatologici. I comportamenti interattivi sono poco sincronizzati con quelli del bambino. Durante l'interazione M-B, uno scambio affettivo senza reciprocità e incoerente non permette al bambino di comprendere i propri stati emotivi.
Situazione: il bambino guarda la madre e vocalizza cercando di attirare la sua attenzione per cominciare una sequenza di scambio reciproco. La madre, interessata prevalentemente al fatto che il bambino finisca tutto il cibo, non farà neanche caso agli sforzi del piccolo per iniziare un rapporto ma adotterà un comportamento rigido e fisso per ottenere il suo obiettivo.
È importante un equilibrio tra le esperienze di successo e di fallimento sperimentate dal bambino durante le sue interazioni socioaffettive. Il bambino non sperimenta sempre rapporti di sintonia affettiva, ma vive periodi caratterizzati sia da successi sia da fallimenti interattivi. Dal punto di vista emotivo, può sperimentare periodi nei quali, pur prevalendo affetti positivi, sono presenti anche quelli negativi, seppur di breve durata.
Se di solito sono sperimentate relazioni gratificanti, se c'è il ricordo di interazioni piacevoli e quindi la possibilità di riparare fallimenti e di trasformare gli affetti negativi in positivi durante le successive interazioni, il bambino potrà crescere e manterrà l'interesse verso l'ambiente esterno, nonostante le situazioni stressanti. Se invece il bambino sperimenta lunghi periodi di fallimento interattivo caratterizzati da eventi negativi, scambi spiacevoli e conflittuali, dove i tentativi di rimediare sono pochi e inefficaci, allora non riuscirà a costruire un nucleo affettivo positivo. Questi bambini non sperimentano la riparazione quando il ritmo condiviso va perduto e sviluppano rappresentazioni di sé stessi e del genitore come persone inaffidabili -> l'incapacità di condividere gli affetti apre la strada allo sviluppo di problemi emotivi e comportamentali.
I bambini che invece sperimentano la riparazione durante gli scambi interattivi cercano di sollecitare la madre ad avere un comportamento coordinato e prevedibile; sviluppano una rappresentazione positiva della relazione e riparabile in caso di problemi.

Mancata sintonizzazione -> fallimento interattivo -> riparazione.
Principio di disruzione e riparazione = si può interrompere un ritmo condiviso e successivamente ripristinarlo; per disruzione si intende la violazione delle aspettative o la rottura a cui non segue una riparazione.
Le madri con disturbi psicopatologici tendono ad essere arrabbiate, intrusive e disimpegnate e i loro figli capricciosi e protestatari. Il bambino sviluppa aspettative di disregolazione e si aspetta una circolazione negativa di affetti. Se l'autoregolazione diventa l'obiettivo del bambino, nasce un ostacolo nel coinvolgimento interattivo del bambino con l'ambiente e si crea una situazione di rischio che può diventare una psicopatologia.
IL RUOLO PATERNO: recenti studi hanno dimostrato che interazioni positive ed affettivamente coinvolgenti tra padre e figlio possono influenzare lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino, sia direttamente, attraverso il coinvolgimento paterno nella routine quotidiana, sia indirettamente, favorendo gli scambi madre-figlio e sostenendo le interazioni triadiche all'interno della famiglia.
Il padre può sostenere lo stile di accudimento e i comportamenti della madre

contribuendo al benessere emotivo del bambino. I padri interagiscono ricercando più frequentemente il contatto fisico, importante per la promozione dei processi di regolazione emotiva nel bambino.
Da alcuni studi è emerso che i padri sono più attivi nell'incoraggiare i figli a mangiare, con suggerimenti verbali o non, ragionamenti, pressioni e incentivi, senza minacce o punizioni. Le caratteristiche delle interazioni con i padri durante i pasti sembrano essere legate alla fase dello sviluppo del bambino.
Si è inoltre notato che i padri con bulimia esercitano una spinta eccessiva all'assunzione di cibo da parte del bambino, predice lo sviluppo di disturbi alimentari e comportamenti di rifiuto. Il rischio di una psicopatologia materna (depressione, ansia, ostilità) sembra legato a uno scarso coinvolgimento emotivo durante i pasti; questo è associato ad ansia, irritazione e intrusività paterna durante i pasti che può causare un rifiuto alimentare nel bambino.
EPIDEMIOLOGIA: si stima che la diffusione dei disturbi alimentari nei primi tre anni possa riguardare il 25% dei bambini con un normale sviluppo psicofisico. Poiché il rifiuto del cibo può essere causa di ricovero ospedaliero si associa frequentemente a difficoltà di accrescimento, si dispone anche del punto di vista dei pediatri, che riportano una prevalenza tra il 5 e il 10% nei primi quindici mesi di età. Più in particolare, la frequenza di rifiuto del cibo, in genere, compare tra i sei e i quindici mesi di età, è stimata intorno al 7%. Se si raggruppano in una sola macro-categoria i bambini con undereating con overeating, la frequenza dei disturbi alimentari infantili arriva al 35%. Tuttavia, le difficoltà severe nei bambini entro un anno di età non superano l'1-2%.
CRITERI DIAGNOSTICI.
La letteratura scientifica definisce disturbo alimentare dell'infanzia una sindrome caratterizzata da diversi segni (mancanza di appetito, rifiuto selettivo del cibo, vomito, ruminazione, pica). I problemi alimentari infantili sono stati inseriti nel DSM 4 e nell'ICD 10. La versione 3 non prevedeva una categoria diagnostica specifica per i disturbi alimentari della prima infanzia, collegando a difficoltà di accrescimento non organiche in un disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia.
Nel DSM 5, vi è un capitolo che definisce i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, come la capacità di nutrirsi e alimentarsi. I disturbi alimentari infantili sono stati inclusi nel disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Prevede inoltre disturbi alimentari non specificati, che includono problemi nell'area alimentare anche in età evolutiva, ma che non coprono determinati criteri.
Patologie alimentari - DSM5:
pica = persistente ingestione di sostanze non alimentari. Il comportamento è inappropriato rispetto al livello di sviluppo raggiunto dal bambino. L'ingestione di sostanze non alimentari non fa parte di una pratica culturale. Non si manifesta durante il decorso di altri disturbi mentali.
Patologia alimentare rara che consiste nel fatto che il bambino sperimenta o cerca di ingerire sostanze che non sono cibi consueti. Questa manifestazione può essere tipica di alcune fasi dello sviluppo. Il bambino, intorno ai 2/3 anni, mette in atto comportamenti di sperimentazione (dita nelle prese). Non descrive un tema evolutivo di assaggiare cose non alimentari ma è legato alla costante ricerca da parte del bambino di alimentarsi tramite sostanze che non sono alimenti. È una tendenza ad ingerire sostanze non alimentari in

alternativa a quelle alimentari. La pica si trova descritta anche in altre patologie: disabilità cognitive e spettro autistico: risulta un correlato della patologia principale solo in questi casi.
disturbo da ruminazione = ripetuto rigurgito di cibo, dopo un periodo di comportamento normale. Il bambino continua a masticare cibo per tempi eccessivamente lunghi rispetto alle caratteristiche del cibo, cercando di non ingerirlo o in alcuni casi facendo delle finte ingestioni per poi richiamare il cibo e riprendere a masticare. L'ingestione del cibo è legata alla nostra capacità di portare dentro di noi qualcosa che si trova al di fuori; un alimento è una sostanza esterna a noi che ingeriamo e tramite i processi del metabolismo, diventa parte di noi. Mangiare = tollerare che qualcosa di esterno entri dentro di noi e si trasformi in qualcosa che ci appartiene.
Psichicamente è una funzione importante perché nelle prime fasi della vita significa tollerare che il latte materno entri nel nostro corpo e che quindi oggetti esterni entrino in noi, diventandone parte. Quando parliamo di questo disturbo, il problema sta nel limite, in quanto il disturbo segnala l'impossibilità da parte del bambino sia di rifiutare il cibo (tenere l'oggetto esterno al di fuori di sé), sia di accettare il cibo (e quindi far diventare qualcosa di esterno parte di sé). Tenere qualcosa né dentro né fuori per un tempo lungo, segnala un'aggressività passiva = incapacità di dire "no", ma un no passivo, in quanto la persona di fatto non mangia ma ha sempre la bocca piena.
È un disturbo che ci indica che implicitamente c'è un rifiuto perché sono bambini che alla fine di un pasto non hanno assimilato il cibo che dovevano mangiare. Questo disturbo può poi corrispondere al fatto che il bambino vada sotto peso e diventi poco alimentato, in quanto non ha ricevuto le sostanze nutrienti che gli servono per crescere.
Non c'è un'aggressività attiva verso l'altro, né un limite attivo ma c'è una negazione passiva che porta il bambino a non mangiare ciò che dovrebbe mangiare. A volte questi bambini non vengono intercettati subito perché può essere un comportamento che il bambino attua quando gli viene proposto un cibo che non gli piace.
anoressia nervosa = rifiuto attivo di cibo da parte del bambino. È caratterizzata, oltre che da un limitato e inadeguato apporto calorico, da un intenso timore di ingrassare che si collega a una distorta percezione dell'immagine corporea.
Esistono due comportamenti principali che caratterizzano la riduzione di apporto di cibo:
comportamenti restrittivi = mangiare sempre meno; è più tipico nei bambini piccoli, i quali rifiutano il latte, tollerano poco cibo in modo particolare.
comportamenti eliminativi = il bambino o adolescente ingerisce il cibo e subito dopo mette in atto comportamenti tesi alla riduzione dell'apporto calorico di cibo, ad esempio, tramite esercizio fisico, tisane, lassativi, farmaci o vomito autoindotto (comportamento eliminativo per eccellenza più tipico nell'adolescenza ma non si esclude anche in età precoce).
bulimia nervosa = ingestione di cibo senza limite e senza scelta, fino a livelli di nausea e sazietà disturbante, che ha a che vedere con una sorta di meccanismo di riempimento. È un comportamento impulsivo. Laddove l'anoressia è un disturbo che pone il limite "tutto fuori e niente dentro", la bulimia è un limite patologico che ha come controaltare crisi di vomito, malessere e in alcuni casi crisi bulimiche e anoressiche si sommano alternandosi.

"Anoressia e bulimia nervosa provocano una distorsione della propria immagine corporea

con pensieri costanti sul proprio corpo. L'espressione di queste distorsioni si collega ad un livello cognitivo raggiunto dal bambino. Questi disturbi sono presenti sia nei maschi, sia nelle femmine, anche se queste ultime hanno una prevalenza maggiore già a partire dalla seconda infanzia.
Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo = persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche associate a un significativo calo ponderale (o all'incapacità di raggiungere un aumento di peso atteso o a una crescita instabile nei bambini e/o a una significativa carenza nutrizionale e/o alla dipendenza da supplementi nutrizionali orali e/o una marcata interferenza sul funzionamento psicosociale. Comportamento non meglio spiegato dalla mancata disponibilità di cibo o da una pratica culturalmente sancita. Non espresso esclusivamente durante il decorso di anoressia e bulimia.
Disturbo senza specificazione = è più generico e non assomiglia a nessuno degli altri descritti.
Nella classificazione 0 - 5, il capitolo centrale riguarda i disturbi dell'alimentazione nell'infanzia e prima infanzia ma per la prima volta viene introdotto il disturbo da iperalimentazione, il quale non si trova nel DSM 4; il disturbo da iperalimentazione è una patologia legata all'eccesso di alimentazione da parte del bambino ed è un cambiamento culturale importante, in quanto può condurre all'obesità e al sovrappeso patologico. Questi ultimi due, nel DSM 4, venivano inseriti nelle condizioni mediche generali e quindi non venivano classificati come patologie alimentari, ma solo come esiti, per cui essere in sovrappeso riguarda una condizione medica di salute. Per certi aspetti, nelle classificazioni precedenti, non si teneva in considerazione il meccanismo del procedimento alimentare che porta all'obesità, e quest'ultima veniva considerata nell'asse delle condizioni mediche. La classificazione 0 – 5 invece ritiene che bisogna osservare una caratteristica di iperalimentazione e quindi di un disturbo alimentare nella direzione dell'eccesso. Identificano anche un processo di ipoalimentazione, e quindi di riduzione o eliminazione del cibo ingerito, e un disturbo atipico dell'alimentazione che non rientra nelle categorie precedenti.
ICD 10: distingue tra disturbo dell'alimentazione della prima e della seconda infanzia (rifiuto del cibo, comportamento alimentare irritabile; la diagnosi esclude malattie organiche associate) e lapica della prima e della seconda infanzia.
DC: 0- 5 CLASSIFICAZIONE: disturbo da iperalimentazione = il bambino ricerca o ingerisce quantità eccessive di cibo durante i pasti principali. Bambini tra 0 e 5 anni fanno in media 5 pasti al giorno (colazione, merenda, pranzo, merenda, cena); può succedere che si instauri un meccanismo per cui il bambino, tra un pasto e l'altro, richieda cibo e quindi l'assunzione di cibo ricopre tutta la giornata ed il tipo di attività da loro svolta non sarà mai necessaria a smaltire tutto l'apporto calorico ingerito e quindi si conclude con un aumento di peso. Questi bambini arrivano ad un punto in cui non si rendono conto delle reali quantità di cibo che ingeriscono. L'iperalimentazione ha due accezioni: mangiare troppo a pasto, con un aumento delle calorie nel bambino oppure avere uno stile alimentare per cui l'alimentazione è costante nell'arco della giornata e quindi il cibo è eccessivo.
Il bambino è eccessivamente preoccupato rispetto al cibo quando: prende il cibo degli altri o dalla spazzatura, tiene il cibo in bocca, parla ripetutamente del cibo o il cibo

costituisce il tema dominante del gioco. Il bambino mostra agitazione se non gli si permette di mangiare in continuazione: alla base vi è un principio ansioso. Dobbiamo escludere che questi comportamenti derivino da altre condizioni mediche, cibo non disponibile o condizione di fame causate da terapie farmacologiche. I sintomi del bambino o la risposta del sistema familiare diventano a loro volta delle modalità con cui i processi di sviluppo del bambino vengono bloccati o modificati: a fronte di un bambino che non vuole smettere di piangere, il sistema familiare si organizza in modo tale per cui è il primo a sostenere il sintomo del bambino, ad esempio modificando le proprie abitudini alimentari, non limitando il bambino affinché questo non abbia crisi di angoscia. Di fronte a sintomi invalidanti, la risposta della famiglia può interferire con le traiettorie di sviluppo del bambino e può far sì che il sintomo venga mantenuto. I sintomi del bambino nascono in un contesto ma la reazione del contesto di fronte ai sintomi del bambino può far sì che il bambino mantenga il sintomo nel tempo.
Disturbo da sottalimentazione = il bambino mangia consistentemente meno di quanto coerente con la sua età. In alcuni casi, si osserva un ritardo di crescita. I comportamenti disadattivi sono mancanza di interesse per il cibo, evitamento spaventato del cibo (il cibo non attrae il bambino e lo spaventa), difficoltà a regolare i propri stati durante il pasto (si addormenta o è troppo agitato -> disregolazione emotiva durante i pasti), i genitori lo cibano mentre dorme come se l'accesso al cibo potesse essere consentito solo se "non lo so…" e quindi la persona non può essere vigile e consapevole del fatto che c'è qualcosa che diventa parte di sé in quanto sta dormendo, altrimenti lo rifiuterebbe. Poter tollerare le cose solo negandole si associa ad un meccanismo di negazione importante, sostenuto dalla famiglia; mancato passaggio al cibo solido (il cibo liquido ancora non è davvero cibo, cibo solido significa accettazione perché lo si deve masticare e deglutire). Questo passaggio diventa problematico nei bambini. Il bambino mangia solo in presenza di determinate condizioni decise da lui e fornite dal caregiver (se qualcuno lo imbocca e guarda la tv, mentre gioca -> il bambino non acquisisce l'autonomia dell'alimentazione e l'intersoggettività; giocare o leggere una storia mentre il bambino mangia, è una cosa comune ma non deve diventare prevalente; selettività del cibo in base a sue caratteristiche specifiche; rifiuto di mangiare cibi a seconda della consistenza, colore, odore, tessitura. In questa classificazione, non si distingue il disturbo da ruminazione ma viene inserito nel criterio 8: tiene in bocca il cibo per lungo tempo senza ingoiare; i genitori creano allora mix proteici in modo tale che il bambino beva sostanze caloriche per far sì che l'alimentazione risulti comunque adeguata. Questo tipo di strategie può portare a cali della crescita, in quanto questo stile alimentare non favorisce la crescita ponderale.
KREISLER E DEBRAY approfondiscono l'anoressia mentale del bambino piccolo suddividendola in due categorie diagnostiche: anoressia comune del secondo semestre: il bambino rifiuta il cibo ma è allegro, vivace e in grado di esplorare l'ambiente in modo autonomo, ma ha una madre preoccupata, che lo distrae durante il pasto e lo forza a mangiare. Si trasforma in disturbo quando la reazione emotiva della madre al rifiuto si fa più severa e reagisce forzando il bambino a mangiare. Forme severe di anoressia precoce: quattro quadri clinici che insorgono dalla nascita e spesso sono associati a problemi di regolazione. Se la madre non rispetta lo scarso appetito del figlio e lo forza ad ingerire cibo, l'opposizione del bambino può determinare un circolo vizioso di interazioni che rafforza il disturbo.

Il modello circolare di ESTREM (2016): il bambino per qualche motivo (situazionale, temperamentale, senza implicazione o rischio) assume inferiori quantità di cibo; il caregiver attiva un senso di preoccupazione e inefficacia, innescando un meccanismo per cui il caregiver non è regolato sul bambino ma su di sé ("non so alimentare il bambino"). Il bambino che assume poco cibo minaccia la competenza reale o percepita del caregiver, il quale si spaventa per sé perché non si ritiene capace, e attua strategie disadattive (ingozzarlo). Queste strategie portano ad un pasto o troppo lungo o troppo breve ed il momento del pasto diventa non piacevole per la diade; il bambino aumenta i suoi comportamenti disadattivi perché ha una mamma che insiste e quindi il pranzo diventa un conflitto. Tendenzialmente se il bambino assume quantità inferiori di cibo, si può tollerare per una o qualche settimana; se il caregiver non si sente minacciato da questo, il circolo non parte; se si sente minacciato, si innesca una circolarità che fa sì che il tema alimentare diventi un tema conflittuale. La capacità dell'adulto di essere centrato sul problema e non su di sé favorisce lo sviluppo del bambino; il fatto che il bambino mangi o meno non è un successo della madre ma del bambino che deve crescere; la circolarità può portare all'instaurarsi di disturbi alimentari.
WOOLSTON (1991) ha teorizzato sull'attaccamento e le tre tipologie alimentari nel bambino: disturbo reattivo dell'attaccamento nell'infanzia (che inizia prima dei 8 mesi): il bambino non è coinvolto nella relazione con la madre e durante il pasto si evidenzia un'interazione carente e poco partecipativa per entrambi, causando malnutrizione dovuta a una dieta inappropriata (che inizia prima dei 12 mesi): è causato da un apporto alimentare inadeguato proposto dalla madre al figlio, e rifiuto patologico del cibo: il bambino, tra i 6 e i 12 mesi, può presentare un persistente rifiuto del cibo, attraverso il quale cerca di conquistare e affermare la propria crescente autonomia.
MODELLO TEORICO TRANSAZIONALE MULTIFATTORIALE:

Difficile regolazione dei ritmi biologici
Interazioni disfunzionali G-B - Disturbo alimentare
Rischio psicopatologico del caregiver Questo modello distingue sei disturbi: disturbo dell'alimentazione legato allo stato di regolazione (tra la nascita e i 3 mesi): difficoltà di regolare gli stati di fame e sazietà, di realizzare un pasto calmo e ben riuscito, scandito da ritmi regolari disturbo dell'alimentazione legato alla reciprocità caregiver – bambino (tra i 2 e i 9 mesi): assenza di mutuo coinvolgimento e di sintonizzazione tra la madre e il bambino, in un momento in cui gli scambi visivi, vocali, tattili instaurano il legame di attaccamento anoressia infantile (tra i 6 mesi e i 3 anni): durante il passaggio verso l'alimentazione autonoma, è stata messa in rapporto con il processo di separazione – individuazione e quindi con la presenza di un'elevata ansia da separazione nel bambino non adeguatamente controllata dalla madre. In questo passaggio, il bambino potrebbe sperimentare un'elevata ansia da separazione: il piccolo avverte un intenso bisogno di ricevere l'aiuto materno ma contemporaneamente, affinché si consolidi il processo di separazione – individuazione, sente la necessità di negare tale aiuto. Manifesta così un atteggiamento ambivalente verso la madre: da una parte desidera crescentemente alimentarsi da solo, dall'altra il bisogno ancora presente di essere imboccato Durante lo sviluppo normale, prima dei 6 mesi, il piccolo vive in simbiosi completa con la madre; in seguito, il bambino inizia a riconoscersi come un essere separato. Inizia il processo di

separazione – individuazione che riguarda la progressiva stabilizzazione delle caratteristiche e degli attributi personali del bambino. Sul piano alimentare, tra i 6 mesi e i 3 anni, ci sono due tappe: svezzamento, porta al processo di separazione nel passaggio dall'alimento liquido ai cibi solidi progressiva autoalimentazione: può far emergere ansie e conflitti nella madre. avversione sensoriale per il cibo disturbo dell'alimentazione legato a condizioni mediche coesistenti disturbo dell'alimentazione associato a insulto del tratto gastrointestinale. Il disturbo alimentare del bambino deriva dall'associazione tra il verificarsi di un evento reale legato alla sfera alimentare, le caratteristiche temperamentali del bambino e la risposta ansiosa della madre ai momenti di rifiuto del bambino. PDM = i disturbi alimentari infantili possono avere origine sia da fattori fisiologici (ipersensibilità sensoriale o difficoltà organiche nell'area orale) sia da disregolazioni relazionali tra il bambino e i suoi caregivers. Il PDM si focalizza sul ruolo della compromessa capacità di regolazione emotiva – affettiva del bambino. L'origine dello sviluppo di un disturbo alimentare nei primi anni di vita risiede nella qualità degli scambi interattivi caregivers – bambino e della mutua regolazione affettiva che caratterizza la diade. Tra i 3 e i 6 mesi di vita del bambino, i caregivers sono chiamati a riorganizzare il proprio stile genitoriale e le rappresentazioni del proprio bambino. Se i genitori presentano un rischio psicopatologico possono innescarsi dei meccanismi disadattivi. Dal punto di vista terapeutico, l'intervento deve essere impostato a partire dall'osservazione sistematica dei pattern interattivi caregiver – bambino nel momento del pasto, per poter comprendere la specificità della difficoltà alimentare osservata e il peso delle variabili individuali e degli aspetti relazionali. FATTORI DI RISCHIO: FRAIBERG (1959) parla dei "fantasmi materni", i quali, provenienti da un lontano passato, possono influire negativamente in varie aree dello sviluppo infantile (sonno, alimentazione). Durante il pasto, alcune difficoltà personali della madre, preesistenti alla nascita del bambino, possono rendere questo momento conflittuale e difficile per entrambi. In condizioni normali, lo scambio alimentare è un momento privilegiato in cui la madre, dai primi mesi di vita, aiuta il figlio a comprendere la differenza tra i propri stati interni e i bisogni imposti dall'esterno. Il piccolo inizia a distinguere la propria percezione della fame rispetto alle richieste e ai ritmi materni. Una madre sensibile permette al bambino di sperimentare la propria individualità, sia nei primi mesi sia durante il passaggio all'alimentazione autonoma. Durante lo svezzamento, la madre, rispettando le richieste del piccolo, facilita in lui l'emergere di una precoce funzione rappresentativa: il bambino comincia a comprendere il proprio e altrui stato mentale come dotato di intenzionalità autonoma. Questo passaggio è ostacolato da una madre con disturbi psicopatologici, come ad esempio la depressione (la madre non comprende i segnali associati alla fame da parte del bambino) e i disturbi alimentari (può portare all'incapacità del figlio di riconoscere i segnali di fame – sazietà e i bisogni di autonomia). Queste madri sono caratterizzate da scarsa responsività ai segnali del bambino e assumono espressioni emotive negative, tali da produrre nel bambino l'evitamento del contatto visivo e la minore condivisione dei loro stati emotivi con le madri. VULNERABILITÀ AMBIENTALI E TEMPERAMENTALI: eventi traumatici (divorzio genitori, separazioni, lutti, abusi, cure genitoriali inadeguate) sono considerati agenti patogeni. La carenza delle cure materne (neglect) è stata considerata come una delle cause ambientali e sociali fondamentali negli scambi relazionali madre – figlio durante l'alimentazione.

COMORBIDITÀ - FATTORI GENETICI: i fattori genetici predisponenti verso questi quadri clinici sono in grado di spiegare almeno il 50% della sintomatologia, soprattutto relativa alle difficoltà di regolazione della fame e della sazietà, e ai sintomi di ansia, depressione e anedonia. Questi ultimi sintomi, seppure più strutturati negli adulti, possono già apparire durante l'infanzia (irritabilità e distraibilità) che possono compromettere gli scambi emotivo – comportamentali con il caregiver durante il pasto. STRUMENTI DI VALUTAZIONE: gli strumenti di valutazione possono essere: (report form) self – report = i genitori forniscono una descrizione delle caratteristiche del bambino rispetto all'area dell'alimentazione oppure misure di osservazione diretta dei momenti del pasto. Un esempio di strumento self report è la scala di valutazione dell'interazione alimentare madre – bambino. CHATOOR ha individuato 5 modalità relazionali: reciprocità diadica = qualità della relazione e dello scambio affettivo tra madre e bambino conflitto diadico = conflittualità tra madre e bambino durante il pasto linguaggio e distrazioni = comportamento di distrazione del bambino e qualità delle comunicazioni verbali della coppia durante lo scambio alimentare lotta per il controllo = situazione di controllo alimentare contingenza materna = capacità della madre di interpretare e rispondere correttamente ai segnali del bambino. L'autrice ha ipotizzato che i diversi comportamenti potessero essere osservati oggettivamente e misurati empiricamente. Ha quindi creato la FEEDING SCALE, composta da 5 fattori, in grado di individuare le dinamiche interattive alimentari a rischio e/o patologiche tra 1 mese e i 3 anni del bambino. Questo strumento è standardizzato e validato per la popolazione italiana (scala di valutazione dell'interazione alimentare madre – bambino, SVIA). DECORSO CLINICO E PROGNOSI: da diverse ricerche, è emersa una relazione disfunzionale madre-figlio durante l'alimentazione nell'infanzia e i disturbi alimentari nell'adolescenza e il rischio di stabilizzazione del disturbo nel tempo. MARCHI E COHEN (1990): se i bambini sono molto insoddisfatti / conflittuali durante l'alimentazione, aumenta il rischio di sviluppare una bulimia nervosa durante l'adolescenza. L'anoressia è associata a problemi digestivi e a capricci alimentari precoci (il bambino non mangia, presenta abitudini particolari, si nutre molto lentamente, dimostra scarso o nullo interesse verso il cibo). MODELLI DI INTERVENTO (altri interventi a pag. 170): CHATOOR ne propone 4 di matrice cognitivo – comportamentale: intervento per il disturbo dell'alimentazione legato allo stato di regolazione: il trattamento deve essere individualizzato. Si devono considerare le caratteristiche sia della madre, sia del bambino che hanno portato a disturbi alimentari. Il trattamento può essere diretto o solo alla madre o al bambino o all'interazione tra entrambi. Quando il livello di ansia della madre è eccessivamente elevato, la si deve tranquillizzare, sottolineando l'importanza di instaurare una relazione calma e sintonica durante i pasti. L'obiettivo è interrompere la spirale di tensione e rabbia durante gli scambi alimentari conflittuali.

E' possibile aiutare le madri ad offrire ai figli una stimolazione adeguata, in grado di far fronte alle capacità di regolazione: con bambini molto irritabili, è consigliato mangiare in una stanza silenziosa, senza distrazioni. La possibilità di rivedere la videoregistrazione del pasto per il clinico e per la madre, aiuta a comprendere le reazioni madre-bambino durante il pasto e aiuta la madre a comprendere i segnali del figlio per rispondergli in modo affettivamente coerente.
Intervento per il disturbo dell'alimentazione legato alla reciprocità caregiver – bambino: è

utile usare un approccio multidisciplinare flessibile e coordinato tra le varie figure professionali che si occupano della salute madre – bambino. Chatoor suggerisce di usare trattamenti specifici in relazione al caso presentato. Dato che le madri frequentemente lamentano diversi problemi psicologici e sociali, è necessario esplorarli, evidenziando ciò che è legato all'alimentazione, alle emozioni e alla situazione del figlio. E' importante identificare ogni comportamento positivo nella madre che cerca di aiutare e interessare il bambino, cercando di potenziare l'abilità che ogni madre ha nel prendersi cura del piccolo. Quando si presentano vittime di abuso o severamente trascurati, è necessario rivolgersi ai Servizi Sociali e togliere il piccolo dall'ambiente familiare per un periodo di tempo da definire.
Intervento per l'anoressia infantile: si basa sul modello transazionale nello sviluppo dell'anoressia infantile e vuole aiutare il bambino a facilitare la regolazione interna dell'alimentazione, dovuta agli stimoli di fame e di sazietà. Si compone di tre fasi:

Esplicitare le caratteristiche temperamentali del bambino e lo sviluppo del conflitto con i genitori, per aiutarli a comprendere la lotta e l'ostilità del pasto. E' necessario spiegare ai genitori le difficoltà e caratteristiche temperamentali del figlio, sottolineando il fatto che la sua determinazione, negativa nell'alimentazione, potrebbe fare di lui un leader.

Esplorare la storia passata della madre e gli effetti che ha avuto nella sua infanzia. Si deve aiutare la madre a capire le sue difficoltà, aiutandola a porre limiti al figlio quando assume, nei suoi confronti, atteggiamenti provocatori, coinvolgendo anche il padre. Bisogna ripercorrere la storia passata del genitore.

Spiegare il concetto della regolazione interna ed esterna dell'alimentazione; aiutare la madre a sviluppare regole fisse durante il pasto, per facilitare nel bambino la consapevolezza della fame, portando ad una regolazione interna dell'alimentazione e migliorando l'ingestione del cibo e la crescita. Linee guida pratiche per far sì che l'alimentazione risulti essere un momento piacevole. Si deve insegnare al bambino come regolare il proprio bisogno di mangiare in base al suo senso interno di fame e sazietà. L'intervento si realizza in tre sessioni di due / tre ore ciascuna, in un periodo di due o tre settimane. L'intervallo tra gli appuntamenti permette alla madre di sperimentare con il figlio i cambiamenti avvenuti.

Intervento per il disturbo dell'alimentazione associato a insulto del tratto gastrointestinale: l'intervento dovrebbe essere guidato da un'equipe multidisciplinare. Prima di iniziare un trattamento psicologico, il bambino deve essere sotto il controllo di un medico e di uno specialista in scienze alimentari. Quando vi è un persistente rifiuto di cibo, bisogna agire tempestivamente. L'intervento psicologico è focalizzato ad aiutare il bambino a eliminare l'ansia anticipatoria prima dei pasti e a tornare ad un livello ottimale di regolazione interna degli stati di fame e di sazietà. Padre e madre diventano partecipanti attivi durante tutto il processo di guarigione. Successivamente ai sintomi dell'ansia, si procede con una desensibilizzazione attraverso un'esposizione graduale o l'applicazione intensiva di tecniche comportamentali; durante la desensibilizzazione, bisogna rafforzare il bambino quando comincia ad accettare il cibo, riportando l'attenzione sulla regolazione interna dei cicli fame – sazietà; tuttavia possono presentarsi difficoltà emotive in questa fase.

AREA DELLO SVILUPPO RELAZIONALE
TEORIA DELL'ATTACCAMENTO = alcune caratteristiche sono fondamentali in ambito psicopatologico: secondo BOWLBY, uno dei bisogni fondamentali che emergono a partire dalla nascita è il bisogno di protezione, in particolare quella fisica. Egli sosteneva che, al pari delle altre specie animali, l'essere umano necessitasse come prima istanza nelle prime fasi della vita, di venire protetto fisicamente perché la protezione fisica è, da un punto di vista evoluzionistico, la caratteristica che ci consente di sopravvivere e quindi di costruire un mondo psichico. La teoria dell'attaccamento si fonda centralmente sul concetto di protezione che l'adulto è in grado di fornire o meno al bambino durante la vita e nelle prime fasi dello sviluppo. Questa teoria non si occupa delle pulsioni ma dei bisogni e, al bisogno di protezione, corrisponde un adulto in grado di rispondere a quel bisogno.
Adulto di riferimento: nella vita e per uno sviluppo mediamente sano, occorre che ognuno di noi abbia avuto almeno un adulto di riferimento in grado di fornire protezione. Questo adulto è chiamato figura di attaccamento. Le sue caratteristiche fondamentali sono: sensibilità e responsività. La sensibilità è la caratteristica dell'adulto di capire con precisione le richieste e i bisogni del bambino. E' la capacità dell'adulto di misurare bene ciò che il bambino gli sta chiedendo; di capire l'argomento della richiesta e la sua gravità, l'urgenza. La responsività è la capacità di rispondere adeguatamente; le caratteristiche di una risposta adeguata sono: capire il tema della domanda -> essere sintonizzati sul tema, contenuto della richiesta (1); fornire una risposta adeguata all'età del bambino o alle sue caratteristiche evolutive o personali (2); capacità di fornire risposte calibrate nel tempo, che non anticipi o ritardi troppo rispetto alla richiesta del bambino (3). La responsività è un tema complesso, legato alla capacità dell'adulto di organizzare risposte diverse, modulate su un singolo bambino, sufficientemente protettive ed adeguate rispetto alla domanda espressa. Una caratteristica centrale della figura di attaccamento è il rapporto tra sensibilità e responsività: si può capire bene il bisogno del bambino ma non si sa come rispondere oppure l'adulto può non intercettare il senso del bisogno del bambino e quindi dà risposte casuali. Il legame di attaccamento è una costruzione reciproca, in cui il bambino che esprime bisogni e adulto che deve attuare le caratteristiche di sensibilità e responsività. Il legame di attaccamento è solo un aspetto della relazione. E' l'esperienza reale con l'adulto che costruisce il mondo interno. Quando parliamo di attaccamento, non si fa riferimento ad esperienze rappresentate ma dall'inizio della vita, ciò che costruisce il mondo interno, è l'esperienza reale che noi facciamo. Bowlby scrive tra le due guerre mondiali ed era interessato a tre aspetti: etologia (osservazione del comportamento delle specie animali, imprinting: l'adulto che fornisce protezione è la figura alla quale il bambino si lega perché il bambino ha bisogno di sopravvivere); tra le due guerre mondiali, il governo inglese commissiona a Bowlby e colleghi il compito di capire cosa sarebbe accaduto alle generazioni di bambini che stavano attraversando la guerra, una volta finita la guerra e se le condizioni di abbandono e povertà generate dalla guerra potevano dare luogo ad una generazione di inglesi che fosse più fragile e legata a patologie; in quell'epoca, in Europa, c'erano le leggi razziali e molti degli psicoanalisti in Europa erano ebrei -> Bowlby si trova in un momento in cui i colleghi psicoanalisti britannici (Mahler, Freud, Winnicott, Spitz) e inizia ad allontanarsi dagli aspetti pulsionali e intrapsichici e inizia a focalizzarsi sull'esperienza reale, poiché è quella che influenza la

costruzione del mondo interno. Per questo venne espulso dalla società psicoanalitica britannica perché considerato molto comportamentista. La figura di attaccamento può essere una figura qualunque? Nell'Inghilterra del tempo e nei test di Bowlby si legge sempre che la figura primaria è la madre. La figura di attaccamento può essere la madre biologica ma è un qualunque adulto di riferimento che abbia nei confronti del bambino una funzione di cura e protezione specifica, continuativa nel tempo, significativa. Non necessariamente la figura di attaccamento primaria per un bambino è il suo genitore biologico. Sistema di attaccamento = organizzazione psichica interna stabile che comprende sentimenti, ricordi, desideri, aspettative e intenzioni rilevanti per lo stabilirsi e il perdurare del legame di attaccamento, costituendo anche la base per la costruzione di nuovi rapporti interpersonali. La teoria dell'attaccamento nasce come una teoria o tutto o niente: se si ha un adulto in grado di proteggere adeguatamente e fornire tutto ciò di cui l'altro ha bisogno, forse lo sviluppo per il bambino va in una buona direzione; se ciò non accade, le probabilità che l'altro abbia una psicopatologia sono molto elevate. Non esiste una via di mezzo. Solo successivamente, una collaboratrice di Bowlby, MARY AINSWORTH cominciò ad introdurre, all'interno della teoria dell'attaccamento, un'idea: ma forse l'attaccamento non è un costrutto o tutto o niente, forse, dato che l'attaccamento è una relazione, ci possono essere tipi diversi di attaccamento a seconda di come si costruisce questa relazione tra le richieste del bambino e le risposte dell'adulto e questi tipi di relazione possono essere molto o molto poco adeguati.

AINSWORTH (moglie benestante di un console britannico, il quale aveva il consolato in Uganda): passo molto tempo in Uganda dove, con carta e matta, cominciò ad osservare diverse diadi madri – bambino e il loro comportamento in situazioni di protezione o di pericolo quotdiano. Quando tornò, portò con sé le osservazioni, nelle quali individuò tre modi diversi in cui il bambino e l'adulto possono costruire l'attaccamento: sicuro, evitante o ambivalente. Grazie a questa classificazione, lei inventò la "Strange Situation", traduzione in laboratorio delle osservazioni naturalistiche che lei aveva fatte in Uganda. La "Strange Situation" nasce perché questo insieme di osservazioni fatte in condizioni naturalistiche e in una cultura diversa, vennero traslate in una procedura di laboratorio, che è la più usata nel mondo per l'osservazione di bambini e quindi la ideò con l'obiettivo di classificare tipologie diverse di attaccamento. L'attaccamento passa quindi dall'essere un costrutto "tutto o niente" ad un costrutto con qualità diverse a seconda del bambino specifico che incontra quell'adulto specifico.
Situazione 1: Il bambino avverte una situazione di pericolo e lo segnala. Il pericolo, vero o presunto che sia, segnala il bisogno di protezione all'adulto di riferimento, il quale ascolta la segnalazione e rapidamente si avvicina al contesto della situazione di baseline. L'adulto ha capito la segnalazione (sensibilità), si è avvicinato fisicamente al contesto del bambino, contenimento fisico, gli ha parlato con una voce tranquillizzante, il bambino si sente protetto. L'adulto di riferimento sarà in grado di capire la segnalazione e di risolvere la situazione. Il concetto di sicurezza rimanda all'idea che quando esiste un pericolo c'è almeno una figura adulta di riferimento che è in grado di risolverlo e di farlo in modo sensibile e responsivo.
Situazione 2: il bambino avverte una situazione di pericolo e lo segnala. Il pericolo, vero o presunto che sia, segnala il bisogno di protezione all'adulto di riferimento, il quale

tranquillizza il bambino sostenendo che il pericolo non esiste. Ma il bambino può:

piangere di più = se il genitore ha detto al bambino di cavarsela da solo, potrebbe innervosirsi e quindi il bambino andrebbe incontro a due pericoli: pericolo originario e rabbia dei genitori.

piangere meno = segnala meno volte il pericolo e quindi da retta all'adulto se la cava da solo, in quanto ha un adulto che ha però minimizzato il pericolo. Sono bambini che imparano a cavarsela da solo, soprattutto se hanno uno sviluppo tipico, ma con un meccanismo di separazione tra come si mostrano e come si sentono; si possono sentire anche molto stressati e in pericolo ma si possono mostrare anche molto competenti e tranquilli e sviluppano un attaccamento di tipo evitante: evitano un rifiuto del genitore non del bambino, ma del suo bisogno espresso. Nel bambino si attiva precocemente la separazione tra sentirsi e mostrarsi e permane a lungo nella vita; sarà un adulto che non crede nel benessere delle relazioni, ma ritiene che per stare bene bisogna cavarsela da soli. L'adulto rifiuta il bisogno del bambino perché non ha tempo o perché ritiene che il bambino sia già competente. Lo stile evitante non è patologico ma è meno adattivo dello stile sicuro ma è anche molto utile nella vita perché, ad esempio, la persona riesce a cavarsela da sola e ad esplorare l'ambiente. Può anche aiutare nel raggiungimento di altri obiettivi, non relazionali.

Situazione 3: il bambino avverte una situazione di pericolo e lo segnala. Il pericolo, vero o presunto che sia, segnala il bisogno di protezione all'adulto di riferimento; la prima volta il genitore consola e conforta il bambino. La volta successiva il genitore è stanco e dice al bambino di cavarsela da solo. L'adulto è imprevedibile nei suoi comportamenti di protezione. Il bambino innalza la manifestazione del bisogno perché spera di massimizzare la protezione dell'Altro. Alzare così tanto il bisogno, non rende sicuro il bambino anche quando ottiene la protezione perché lo sforzo che gli ha comportato il tenere allertato il sistema del pericolo, è uno sforzo tale per cui non si sente mai al sicuro perché coltiva sempre l'incertezza rispetto al fatto che alla prossima richiesta di protezione, forse le cose non funzioneranno. Sono bambini con attaccamento ambivalente perché alzano il bisogno ma la risposta è mediamente incoerente e imprevedibile e quindi il bambino non si sente mai davvero al sicuro. Dentro le relazioni imprevedibili si sta male e quindi la vera strada evolutiva è quella della separazione. Se però questa relazione la separazione è quasi impossibile. L'attaccamento ambivalente non è patologico ma è meno adattivo di quello precedente. Queste tre categorie (sicuro, evitante, ambivalente) vengono considerate in termini di adattamento: l'attaccamento sicuro è il più adattivo perché il bambino impara che quando è in pericolo, c'è qualcuno che lo protegge in modo adeguato. Il bambino con attaccamento sicuro ha sviluppato la materna, minore dipendenza dagli insegnanti e maggiore competenza sociale e affettiva verso i pari. Usano con facilità il gioco di finzione e la comunicazione simbolica per esprimere desideri e sentimenti. Nella vita adulta, l'individuo sicuro è colui che, dato che ha avuto un'esperienza per cui se c'è bisogno viene protetto, è una persona che crede nelle relazioni e crede che queste siano protettive e se anche una relazione si interrompe, si possono costruire nuove relazioni, perché essere in una relazione è una condizione di protezione per sé stessi. Sono persone che hanno fiducia in sé stessi e nella capacità di

costruire legami perché hanno un'esperienza molto precoce in cui questi legami li hanno protetti. Avere dei legami è un aspetto rassicurante e gratificante della vita. Quando i legami si interrompono, dopo aver superato il lutto, si costruiscono nuovi legami. Le strategie di regolazione emotiva si basano sulla capacità di poter esprimere un'ampia gamma di affetti e sulla fiducia di ottenere una risposta rassicurante e sintonica al bisogno di protezione. L'attaccamento evitante è meno adattivo perché il bambino impara che l'adulto è coerente ma che gli dice di essere autonomo, quando il bambino avrebbe bisogno di qualcuno che lo protegge. Il bambino sembra non avere fiducia in un'adeguata risposta materna e mostra un distacco ed evitamento della vicinanza e del contatto con lei. Sembra più interessato all'ambiente e al gioco che all'interazione con la madre. La minimizzazione dell'espressione emotiva si associa a sentimenti di isolamento e sfiducia che possono esprimersi con maggiore aggressività verso i pari. Il mantenimento del senso di sicurezza viene ricercato attraverso strategie alternative basate sul tentativo di modificare l'espressione delle emozioni e dei comportamenti di attaccamento per ridurre l'indisponibilità del caregiver. Le espressioni di angoscia e rabbia vengono interrotte, represse o falsificate attraverso strategie di evitamento e possono portare all'esclusione dalla consapevolezza conscia di emozioni come dolore, paura e tristezza. Le difficoltà di regolazione affettiva possono comportare una predisposizione ai disturbi esternalizzanti (aggressività, disturbo oppositivo e disturbo della condotta). Gli individui evitanti tendono a credere che le relazioni non sono così importanti ma che l'importante è puntare su di sé e proteggersi da soli. Puntano sulle loro capacità personali per risolvere il pericolo e gli aspetti emotivi della loro vita. Non sono necessariamente individui solitari ma non credono che la relazione sia la fonte del loro benessere e della loro protezione. L'attaccamento ambivalente è ancora meno adattivo in quando c'è un bambino che deve molto attivare il sistema del pericolo perché non sa mai precisamente quanto sarà protetto dall'altro. Non riesce ad utilizzare la madre come base sicura e mostra una scarsa inclinazione ad esplorare ciò che lo circonda. Mostrano espressioni di irritazione e nervosismo verso il genitore, accentuando in modo esagerato l'intimità e la dipendenza oppure esprimendo ambivalenza e ostilità, mostrandosi più immaturi della loro età. Mostrano paura e inibizione nell'interazione con i pari e nell'esplorazione dei giocattoli; l'esplorazione è contenuta e sono meno curiosi verso l'ambiente. Preferiscono giocare da soli rifiutando qualsiasi tipo di coinvolgimento con i pari. La strategia di regolazione emotiva con il caregiver si basa sull'amplificazione delle espressioni emozionali per cercare di ottenere una risposta. Questo riduce il ricorso a strategie di autoconsolazione e alla possibilità di esplorare l'ambiente, ostacolando anche il raggiungimento dell'autonomia e della fiducia in sé stessi. La strategia di regolazione amplificante rende i bambini meno competenti e in grado di trovare soluzioni adeguate nei momenti di ansia/difficoltà, compromette la capacità di sperimentare la separazione psicologica dalle figure di attaccamento e predispone allo sviluppo di disturbi internalizzanti (ansia, depressione, ritiro). Sono persone che hanno bisogno di continue conferme nelle relazioni perché l'imprevedibilità a cui sono state esposte fa sì che loro non confidino nell'idea che quando chiederanno, non otterranno la sicurezza e protezione di cui hanno bisogno. Si è cercato di capire come si incrociano le coppie a seconda dello stile di attaccamento. Le ricerche sostengono che tendenzialmente gli individui sicuri scelgono individui sicuri; gli individui evitanti tendono a scegliere individui ambivalenti ma uomini evitanti con donne

ambivalenti. Il legame di attaccamento non è tutto nella relazione di coppia, vi è il sistema sessuale, riproduttivo, motivazionale. Nelle coppie stabili c'è anche una quota di attaccamento che significa proteggersi, aiutarsi. L'asse fondamentale dell'attaccamento sta nelle relazioni asimmetriche, in quelle adulto – bambino. Poi questo bambino si porta con sé questa esperienza primaria e la applica, in parte, anche ad altre relazioni. Un individuo che ha instaurato un certo legame di attaccamento, che tipo di legame instaurerà con i suoi figli? Secondo alcuni modelli teorici della trasmissione generazionale dell'attaccamento, i genitori si comporteranno con i suoi bambini seguendo il suo modello di attaccamento. Ci sono due aspetti però importanti: tipo di bambino e ruolo del terzo (un partner supportivo e con uno stile di attaccamento che ci può sostenere può far sì che una mamma con stile evitante possa essere rassicurata perché si sente sicura all'interno della coppia)."

La trasmissione lineare nello stile di attaccamento è un concetto che viene studiato, ma i dati delle ricerche non supportano il modello lineare perché ci possono essere molti fattori intervenienti. L'attaccamento è relazione-specifico: il bambino ha un modello di attaccamento diverso per i suoi adulti di riferimento. Ogni bambino può stabilire relazioni di attaccamento con qualità diverse con i diversi adulti di riferimento. I genitori vogliono bene allo stesso modo a tutti i figli, ciò che è diverso è che hanno un modello di relazione e protezione diverso per ogni figlio.
Negli anni '80, alcuni studiosi trovarono, sulla base delle SS, che alcuni bambini avevano un comportamento che non rientrava in nessuna delle categorie precedenti, pur essendo simili sotto molti aspetti, ma non riuscivano a scegliere in quale categoria farlo rientrare. Si interrogarono se questi bambini fossero diversi dagli altri o se fossero diversi dagli altri ma simili tra loro; se considerati simili, sarebbe stato possibile creare una nuova categoria. Lo chiamiamo attaccamento disorganizzato/disorientato: bambini che, dopo aver segnalato il pericolo, hanno un genitore molto più imprevedibile di quelli ambivalenti. L'imprevedibilità della figura di attaccamento è molto elevata e quindi i bambini non sanno mai ciò che otterranno e soprattutto i comportamenti di cura e protezione della figura di attaccamento spesso sono altamente incoerenti. Questi bambini, di fronte all'incoerenza dell'adulto, non riescono neanche più a fare l'ambivalente e quindi si disorganizzano e non sanno più che fare (a volte sono ambivalenti, altre evitanti, poi possono non chiedere più niente). I loro comportamenti sono definiti disorganizzati/disorientati proprio perché l'adulto è troppo incoerente.
Questi autori si sono allora chiesti cosa rende così incoerente l'adulto. Probabilmente sono adulti che nella loro storia di vita hanno avuto delle condizioni di attaccamento in cui hanno subito delle perdite/traumi che non sono stati elaborati. Hanno avuto condizioni di attaccamento luttuose o traumatiche non rielaborate, per cui quando il bambino esprime il suo bisogno non sono così tranquilli da fornire la protezione ma si riattivano in loro la loro perdita/trauma rispetto alla condizione di attaccamento passata. Questi genitori non riescono a tenere la giusta distanza e confondono il pericolo dell'altro con il proprio, e ciò non li porta ad aiutare l'altro e quindi a proteggerlo. C'è una vicinanza tale con il pericolo del bambino per cui la madre è la prima a sentirsi in pericolo, per quello che è il suo passato e quindi non riesce a proteggere il bambino.
Questi adulti vengono chiamati spaventati-spaventanti perché quando l'altro ha paura,

riemerge la loro paura passata. Non significa che sono adulti che maltrattano il bambino, ma mettono in campo comportamenti incoerenti (il bambino corre per la casa, inciampa, cade e piange; la madre va incontro al bambino, lo solleva per proteggerlo e piange anche lei). Questi comportamenti incoerenti dell'adulto protettivo non sono di maltrattamento ma la distanza con l'altro è falsata e l'adulto non riesce a mantenere il suo ruolo di protezione. Questo spaventa molto il bambino e quindi si disorienta.
Le relazioni di attaccamento alla loro nascita sono asimmetriche, in quanto vi è l'adulto che deve fornire protezione ad un bambino che la deve ricevere e non deve mai succedere il contrario.
Il modello disorganizzato è un modello di confine non ancora considerato disturbo dell'attaccamento; è un modello di attaccamento a rischio perché la disorganizzazione e il disorientamento del bambino rispetto ad un modello di cura genitoriale spaventato-spaventante rende la qualità della relazione insicura e rende il bambino incapace di formulare una strategia specifica di protezione perché l'adulto è talmente imprevedibile.

PROSPETTIVA PSICODINAMICA: Le predisposizioni biologiche del neonato si coniugano con una predisposizione materna al rispecchiamento e alla comprensione empatica che diventano determinanti per lo sviluppo del senso di sé e delle capacità intersoggettive. Questo processo di sintonizzazione affettiva M-B si costruisce sulla base delle interazioni, nelle quali si susseguono stati affettivi positivi di congiunzione e stati affettivi negativi non coordinati di disgiunzione, seguiti da un recupero della coordinazione. Questi stati di rotura e riparazione si verificano in un processo di regolazione reciproca. La qualità di una buona interazione è caratterizzata dall'abilità della coppia di riparare i momenti di non coordinazione. Questi stati organizzeranno l'esperienza del bambino.
Da alcuni anni gli autori stanno ragionando al fatto che possano esistere dei veri e propri disturbi dell'attaccamento, patologie che sorgono da un modello relazionale disturbato (relazioni non protettive) che poi diventa una patologia individuale. Il modello relazionale stabilito dall'adulto e dal bambino genera una patologia nell'individuo.
Nella classificazione 0 – 5: i disturbi dell'attaccamento vengono inseriti sotto la grande classe dei disturbi da trauma, stress e deprivazione. È una scelta teorica importante perché significa che un bambino, per sviluppare un disturbo dell'attaccamento, deve avere una condizione stressante, traumatica o deprimente e quindi una relazione altamente patologica.
Il disturbo dell'attaccamento viene definito come disturbo reattivo dell'attaccamento: il bambino reagisce alla situazione traumatica, inadeguata o stressante con una patologia relazionale. Un contesto particolarmente disadattivo genera relazioni patologiche e una costruzione patologica del mondo interno del bambino.
DSM 5: ci troviamo all'interno dello stesso quadro diagnostico del 0-5. Disturbi correlati ad eventi traumatici stressanti, disturbo post – traumatico da stress viene trattato a parte perché è una patologia specifica grave, disturbo reattivo dell'attaccamento. DSM E 0-5 scelgono l'attributo reattivo, in quanto il bambino subisce una patologia in cui l'individuo reagisce ad un contesto particolarmente inadeguato per il suo sviluppo.
"Reattività" è come dire che il bambino potenzialmente aveva le caratteristiche per costruire una relazione o un attaccamento sano ma dentro un contesto deprimente,

stressante o traumatico reagisce non facendolo.
CRITERI DIAGNOSTICI del disturbo reattivo dell'attaccamento, RAD (DSM5):
il bambino esibisce un comportamento inibito ed emotivamente ritratto nei confronti dei caregiver, adulti che dovrebbero essere i primi ad essere ricercati nel momento di pericolo; non costituiscono delle fonti di conforto
persistenti difficoltà sociali ed emotive: minima responsività sociale ed emotiva verso gli altri, emozioni positive ridotte, episodi di irritabilità, tristezza e timore, ovvero emozioni negative che si manifestano anche in assenza di situazioni pericolose.
Un aspetto importante della diagnosi differenziale riguarda proprio il non confondere bambini con disturbo dell'attaccamento con bambini con disturbo dello spettro autistico, perché questo criterio potrebbe confondere. La differenza è che i bambini con disturbo dell'attaccamento sono bambini che potenzialmente hanno le capacità per costruire una relazione e comunicare con gli altri ma vivono in un contesto che probabilmente li ha traumatizzati o è stato talmente inadeguato che non ha consentito loro di far emergere queste loro caratteristiche. Il bambino spettro autistico invece non ha le competenze per costruire buone relazioni e non ha un'incidenza maltrattante del contesto che genera una patologia.
Inoltre, bisogna distinguere con i disturbi dell'area depressiva: ci sono bambini con emozioni contratte e sul versante depressivo che non necessariamente hanno un disturbo dell'attaccamento.
il bambino ha vissuto un patern estremo di cure insufficienti, definito in tre aree:
trascuratezza o deprivazione sociale = persistente mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto, stimolazione e affetto da parte dei caregivers adulti. È un costrutto poco studiato nell'area del maltrattamento perché si riteneva che un bambino trascurato non fosse trascurato. La trascuratezza ha sullo sviluppo un impatto ancora più grave del maltrattamento perché è costante nel tempo e perché corrisponde alla visione di non essere visto nei propri bisogni (il genitore non comprende le richieste del bambino e non si confronta con le richieste del contesto di riferimento) e infine perché non consente al bambino di proteggersi da solo. La condizione trascurante è una delle condizioni alla base del disturbo dell'attaccamento. La trascuratezza è trasversale alla classe sociale e culturale.
cambiamenti ripetuti dei caregivers primari: quando un bambino nasce in una condizione di pregiudizio (pericolo, inadeguatezza), devono scattare delle azioni a protezione del minore in quanto da un punto di vista legislativo e di servizi, siamo interessati ai minori, in quanto non considerati dalla legge in grado di proteggersi da soli. Se siamo in una condizione di reparto ospedaliero, i medici sono obbligati a segnalare la condizione di pregiudizio del minore ai servizi competenti, ovvero i servizi sociali del comune dove il minore è nato; si occupano della tutela del minore. Il bambino viene dichiarato in pericolo e viene attivato il Tribunale dei Minori e si chiede ai servizi una progettualità del minore, la quale mira alla sua protezione e la prima misura che si attua è la collocazione del minore in un contesto protetto perché i servizi sono chiamati inoltre a fare qualunque tentativo possibile affinché il minore cresca nella sua famiglia di riferimento.
Nel comprendere se la famiglia d'origine è adeguata, trascorre diverso tempo e questi bambini vengono collocati non sempre in una struttura che li mantenga per tutto questo tempo e quindi possono essere esposti a cambiamenti di contesto oppure ma il contesto in

cui sono inseriti cambia ed è importante perché nella prima infanzia, uno dei criteri per uno sviluppo sano, è la stabilità degli adulti di riferimento. La struttura di per sé è protettiva ma data l'alternanza dei tempi e modi di organizzazione rende difficile il bambino legarsi e fidarsi a qualcuno, stabilendo una routine. A volte in situazioni pur protettive e adeguate per la crescita dei bambini, possiamo assistere a bambini con disturbi reattivi dell'attaccamento perché il loro mondo è troppo variabile perché non c'è una figura a cui si possono legare e quindi, pur dentro ad una modalità è più adeguata di quella di origine, può essere invece una delle cause dello sviluppo di un disturbo reattivo di attaccamento.
Spesso sono bambini che si mostrano troppo confidenti con tutti gli adulti in maniera indifferenziata.
allevamento in contesti insoliti (famiglie allargate o ricostituite in modo troppo confuso): possono essere considerate come famiglie insolite; l'importante è che questi contesti allargati e complessi consentano al bambino di sviluppare l'attaccamento; se ciò fa sì che tutte queste relazioni non favoriscano l'intimità e l'esclusività, rende molto difficile al bambino la costruzione di un sistema di attaccamento in quanto quest'ultimo si sviluppa all'interno di relazioni intime e significative, ovvero stabili e ripetute nel tempo. È un criterio che dobbiamo tenere presente sia per la costruzione dell'attaccamento sia per rilevare eventuali disturbi ad esso inerenti.
Le difficoltà si manifestano prima dei 5 anni. Il sistema dell'attaccamento si costruisce nel primo anno di vita; al termine del primo anno, il sistema dell'attaccamento si è formato. Può succedere che al bambino, perché trascurato o non seguito, non venga diagnosticato al di sotto dei 5 anni perché non viene segnalato ai servizi.
Il disturbo non si manifesta al di sotto dei 9 mesi, perché nell'arco dei 9 mesi si stabiliscono pratiche e routine che consentono di portare a completamento lo sviluppo del sistema di attaccamento. Il disturbo dell'attaccamento può essere non generalizzato ma specifico per singole relazioni o per singoli contesti.
È necessario specificare se il disturbo è persistente: può essere presente per più di 12 mesi.
Bisogna inoltre specificare la gravità attuale: il disturbo reattivo dell'attaccamento è specificato come grave quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo e ogni sintomo è manifestato a un livello relativamente alto.
Comorbidità: sintomatologia depressiva, mancanza di angoscia dell'estraneo e mancanza di protesta alla separazione; ritardo di crescita con evidenze nel peso, nell'altezza e nella circonferenza cranica; stereotipie; ritardi nello sviluppo cognitivo, motorio e linguistico, scarsa o assente reciprocità sociale e disturbi della regolazione affettiva (scarsa affettività positiva e inspiegabili episodi di paura, irritabilità o tristezza). I segni clinici del RAD possono attenuarsi o scomparire se il bambino riceve un accudimento adeguato e forma relazioni significative con la famiglia adottiva.
CRITERI DIAGNOSTICI del disturbo da impegno sociale disinibito, DSED (DSM5):
Pattern di comportamento in cui il bambino coinvolge attivamente e interagisce con adulti sconosciuti e presenta almeno due dei seguenti criteri:
ridotta o assente ritrosia nel relazionarsi e interagire con adulti sconosciuti
comportamento verbale / fisico eccessivamente familiare
diminuito o assente controllo a distanza del caregiver

disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto.
I comportamenti descritti non si limitano all'impulsività ma includono un comportamento socialmente disinibito. Il bambino ha vissuto un patern estremo di cure insufficienti con almeno uno dei seguenti criteri: trascuratezza o deprivazione sociale, ripetuti cambiamenti dei caregivers primari, allevamento in contesti insoliti. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi. Bisogna specificare se il disturbo è stato presente per più di 12 mesi. Il disturbo da impegno sociale disinibito è specificato come grave quando il bambino presenta tutti i sintomi del disturbo e ogni sintomo è manifestato a un livello relativamente alto.
Comorbidità: ritardi nello sviluppo cognitivo, motorio e linguistico; problemi con l'equilibrio e la coordinazione, stereotipie; ritardo di crescita con evidenze nel peso, altezza e circonferenza cranica; problemi internalizzanti (aggressività); ADHD. I comportamenti di socievolezza mantengono una certa stabilità dalla seconda infanzia all'adolescenza e si evidenziano in modo significativo verso i pari con cui intrattengono relazioni superficiali e conflittuali.

CLASSIFICAZIONE DC: 0-5: all'interno dell'area dei disturbi da stress, trauma e deprivazione, gli autori inseriscono due sottocategorie: disturbo reattivo dell'attaccamento: assenza di attaccamento verso qualunque caregiver adulto, che si manifestano attraverso: 4 Pattern di comportamento inibito (comportamento ridotto nei confronti di interesse per la relazione, basso comforto, bassa ricerca di reciprocità sociale) 4 difficoltà di regolazione emotiva (affetti positivi limitati o assenti, episodi di eccessiva irritabilità o rabbia verso i caregiver). Mancanza di una figura di attaccamento come risultato di cure insufficienti vissute dal bambino, oltre ai cambiamenti ripetuti dal caregiver. Distinzione dal disturbo dello spettro autistico. Età minima 9 mesi. Criterio D (= conseguenze del disturbo sulla vita del bambino e della famiglia): causano distress al bambino, interferiscono con le relazioni del bambino, limitano la sua partecipazione alla routine e la partecipazione della famiglia. disturbo da impegno sociale disinibito: un pattern di comportamento in cui il bambino coinvolge attivamente e interagisce con adulti sconosciuti. Sono coinvolti eccessivamente con persone con cui non hanno una familiarità o specificità relazionale (sono disponibili ad allontanarsi con un adulto sconosciuto). Il bambino non ha un'esclusività relazionale (ha avuto cure simili a bambini con disturbo dell'attaccamento ma invece di scegliere la strada del non legarsi a nessuno inibendo i comportamenti di attaccamento, scelgono di non legarsi a nessuno disinibendo i comportamenti dell'attaccamento). Il bambino ha una matrice relazionale inadeguata che non gli consente di fare legami significativi e può verificarsi: o il disturbo reattivo dell'attaccamento (il bambino non si lega a nessuno in quanto si ritrae; gli interessano poco le relazioni esclusive); oppure l'impegno sociale disinibito (il bambino non si lega a nessuno perché chiunque gli va bene -> espone il bambino ad ulteriori rischi perché una persona può essere anche un malintenzionato). Se la persona si fa attrarre da chiunque, significa che il bambino non ha interiorizzato il senso del pericolo. Questi bambini solitamente hanno ricevuto cure inadeguate, hanno un comportamento disinibito verso gli sconosciuti e incontrano il malintenzionato. La matrice della disinibizione è quella del disturbo dell'attaccamento. Presenta almeno due dei criteri seguenti: 4 ridotta o assente reticenza nel relazionarsi e interagire con adulti sconosciuti 4 comportamento verbale o

fisico eccessivamente familiare 4 diminuito o assente controllo a distanza del caregiver dopo che si è avventurato lontano, anche in contesti non familiari 4 disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto con minima o nessuna esitazione Il disturbo non può essere diagnosticato nei bambini al di sotto dei 9 mesi e va diagnosticato con cautela prima dei 12 mesi. Non c'è una durata minima richiesta. Queste due disturbi partono da motivi diversi ma possono diventare patologie a lungo termine. In adolescenza, una qualche forma di disinibizione sociale è un pattern evolutivo. Durante l'adolescenza, è necessario sperimentare per poi tornare all'esclusività (si pensi alle grandi compagnie di amici). In certe età della vita, in particolare in adolescenza, un po' di disinibizione (indifferenziazione delle relazioni) è un processo evolutivo considerato nella norma; inizialmente è così, ma poi si cerca di essere più selettivi e quindi si comprende quali sono i legami di attaccamento veri. L'indifferenziazione come processo evolutivo nei bambini piccoli non è un aspetto positivo. FATTORI DI RISCHIO: relazioni basate su modelli interattivi disfunzionali: iperregolazionale (modalità interattive intrusive e insensibili), iporegolazione (il caregiver assume comportamenti ritratti e ipostimolanti, il coinvolgimento reciproco è scarso e il bambino è costretto ad un eccesso di autoregolazione), regolazioni inappropriate (irregolari o caotiche) caregiving – attaccamento: i modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato dei genitori hanno una forte influenza sulle modalità di caregiving che andranno ad influenzare i modelli di attaccamento infantili genitorialità a rischio: depressione materna e/o paterna, psicopatologia genitoriale, dipendenze, comportamenti devianti, genitorialità singola, genitorialità in adolescenza, conflitti o violenza coniugale, mancanza di supporto sociale. contesti di caregiving gravemente deprivanti o maltrattanti. VULNERABILITÀ AMBIENTALI E TEMPERAMENTALI: ambienti di accudimento difficili e gravemente trascuranti. Le istituzionalizzazioni precoci, gli affidamenti multipli, i contesti di caregiving problematici in cui sono presenti maltrattamenti e trascuratezze gravi sono condizioni necessarie ma non sufficienti per l'emergere di questi disturbi. VULNERABILITÀ GENETICHE: le differenze individuali nei polimorfismi genetici possono aumentare o diminuire il rischio di sviluppare un disturbo dell'attaccamento nei bambini esposti a deprivazione. DECORSO CLINICO E PROGNOSI Per quanto riguarda il Disturbo reattivo dell'attaccamento, si ritiene che i segni del disturbo possano modificarsi nel giro di alcune settimane se il bambino viene allontanato dall'ambiente trascurante e collocato in affidamento o in adozione, in qualunque momento dello sviluppo entro i primi tre anni. Al contrario, il quadro può rimanere relativamente stabile se il bambino continua a rimanere in una condizione di grave trascuratezza. Oltre ai segni del disturbo, questi bambini mantengono un quadro di grave compromissione nelle relazioni interpersonali, con scarsa competenza sociale ed emotiva. Per quanto riguarda il Disturbo da impegno sociale disinibito, per via della sua relativa rarità anche in contesti ad alto rischio, sono pochi i dati sul decorso e la prognosi di questo disturbo. Nonostante i pochi studi disponibili, si ritiene che le caratteristiche del disturbo possano rimanere moderatamente stabili nel tempo, soprattutto se persistono le condizioni di trascuratezza. Con la crescita si osservano intrusività verbale e sociale, ricerca di attenzione, sintomi di disattenzione/iperattività e altri comportamenti esternalizzanti in età prescolare, eccessiva familiarità verbale e fisica e falsa espressione di emozioni, in età scolare con gli adulti. STRUMENTI DI VALUTAZIONE. Essi si distinguono in: procedure osservative

standardizzate, strumenti di valutazione dello stato affettivo e rappresentazionale e scale di valutazione basate sull'osservazione. 1. PROCEDURE OSSERVATIVE STANDARDIZZATE. Strange Situation. Età: 12 – 20 mesi. Durata: 20 minuti, sette episodi di circa 3 minuti ciascuno. Per valutare l'equilibrio tra il sistema di attaccamento e quello di esplorazione e per sottolineare le differenze individuali nei modelli di attaccamento infantile (sicuro, evitante, resistente, disorganizzato). Permette di osservare la capacità del bambino di utilizzare il genitore come base sicura per esplorare l'ambiente e come rifugio al quale tornare per ricevere conforto e sicurezza quando è spaventato. L'attenzione dell'osservazione è rivolta soprattutto alle modalità interattive adottate durante le riunioni con il genitore. comportamento di riunione. Età: 3 – 7 anni. Due separazioni con il genitore di durata crescente (dai 10 ai 45 minuti) durante le quali il bambino viene sottoposto ad altri test. Osservazione del comportamento di riunione del bambino dopo due successive separazioni (15 minuti e 1 ora); permette di classificare quattro modelli di attaccamento (sicuro, evitante, ambivalente e controllante). attachment Q-Sort. Età: 1 – 5 anni. Valutazione dell'attaccamento basato su osservazione dei comportamenti di base sicura manifestati dal bambino a casa o in contesti familiari. L'osservatore classifica i comportamenti del bambino in base a descrittori dei comportamenti di attaccamento ed esplorazione. crowell procedure. Età: 3 – 8 anni. Metodo osservativo dell'interazione G-B utilizzato in setting clinici. La procedura prevede otto episodi, per un tempo totale tra i 45 e i 60 minuti, che includono il gioco libero, il mettere a posto, gioco delle bolle di sapone, quattro episodi di problem-solving, separazione e riunione. Consente di assegnare punteggi sulla qualità degli affetti, sul tono dell'umore, sulla capacità di cooperare e risolvere i problemi e sui comportamenti di attaccamento. Lausanne Trilogue Play. Età: 0 – 17 anni. Procedura osservativa (20 minuti) per valutare la qualità delle interazioni triadiche familiari attraverso quattro episodi: M-B, P – B, M – P – B, M – P. La procedura consente di indagare la capacità di regolazione affettiva, la condivisione e la responsività empatica. SCALE DI VALUTAZIONE. PIR GAS. Età: 0 – 5 anni. Serve per valutare la qualità della relazione G – B e di collocarla in un range che va da "Ben adattata", a "Tratto di un disturbo della relazione", a "Disturbo della relazione". La relazione viene valutata secondo la qualità comportamentale dell'interazione G-B, tono affettivo, coinvolgimento psicologico. Scala di valutazione della relazione genitore – bambino. Età: 0 – 5 anni. Questionario di 50 ITEM; serve per descrivere le caratteristiche tipiche dell'interazione e della relazione diadica (coinvolgimento psicologico dei partner, qualità dei comportamenti e il tono affettivo espresso nelle interazioni attraverso comunicazioni verbali e non. EAS. Età: 0 – 4 anni. Serve per valutare le interazioni diadiche, misurando la disponibilità emotiva tra genitore e bambino e lo stile interattivo e si applica all'osservazione di un'interazione di 20 minuti. AMBIANCE. Età: 2 – 24 mesi. Sistema di codifica per valutare i comportamenti materni atipici correlati all'attaccamento disorganizzato del bambino. Valuta i comportamenti durante l'interazione considerando: errori di comunicazione affettiva, confusione di ruolo, comportamenti disorganizzati, intrusivi o di ritiro. CFRS. Scala per valutare sette dimensioni della genitorialità, applicata a sedute di gioco familiare videoregistrate. Comprende dimensioni come competizione, cooperazione, dispute verbali, calore affettivo genitoriale, dominanza del membro della famiglia.

PROCEDURE NARRATIVE.
ASCT = ATTACHMENT STORY COMPLETION TASK
MSSB = MACARTHUR STORY STEM BATTERY
MCAST = MANCHESTER CHILD ATTACHMENT TASK.
Età: 3 – 8 anni. Si utilizzano i completamenti di storie per valutare la qualità della rappresentazione del mondo e degli affetti del bambino in età prescolare e scolare attraverso la presentazione di materiale stimolante che favorisce la produzione di storie relative a situazioni relazionali e familiari ed eventi emotivamente significativi. Ogni strumento utilizza un numero e una tipologia di storie diverse, che si rifanno alle tematiche tipiche dell'attaccamento ma anche allo sviluppo emotivo, sociale e morale del bambino. I manuali diagnostici non forniscono procedure standardizzate per la diagnosi dei disturbi dell'attaccamento, ma molti autori suggeriscono di focalizzarsi sulla relazione che il bambino ha stabilito con il caregiver.
INTERVENTI TERAPEUTICI
Guida all'interazione: l'intervento clinico è strutturato in sedute settimanali (1 ora) in una stanza di gioco, in cui il focus terapeutico è indirizzato alle interazioni osservabili tra caregiver e bambino. Uso del registratore = consente ai genitori un feedback sul loro comportamento e l'effetto che può avere su quello del bambino
STEEP: programma a carattere preventivo rivolto a famiglie ad alto rischio psicosociale in attesa di un figlio. Obiettivo: costruzione di una relazione di attaccamento sicura, attraverso il sostegno offerto ai genitori nello sviluppo di strategie efficaci di regolazione diadica degli affetti e dello stato di attivazione del bambino. Il trattamento prevede visite domiciliari bisettimanali dall'ultimo trimestre di gravidanza e gruppi di sostegno nei primi anni di vita.
Circolo della sicurezza: progetto di intervento precoce per i genitori ad alto rischio, il cui obiettivo è quello di sostenerli in un processo di ridefinizione delle proprie rappresentazioni interiorizzate che guidano i loro comportamenti di cura e influenzano la sicurezza dell'attaccamento. I genitori vengono coinvolti una volta a settimana (per 20 settimane) alle riunioni con altri genitori. Obiettivo: aiutare i genitori a comprendere i bisogni di base sicura dei bambini e a elaborare aspetti problematici della loro infanzia.
Video feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline: intervento preventivo che agisce sia a livello comportamentale sia a livello rappresentazionale. Si vuole quindi promuovere la sensibilità materna e favorire la ristrutturazione dei modelli di attaccamento delle madri verso una maggiore sicurezza
Minding the baby: programma preventivo per la genitorialità a rischio che ha l'obiettivo di favorire lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione delle madri, ossia di promuovere la funzione riflessiva genitoriale (capacità di comprendere i comportamenti del bambino in stati mentali e intenzioni). L'intervento si svolge con visite domiciliari settimanali da parte di un'equipe multidisciplinare, a partire dal secondo semestre di gravidanza fino ai 2 anni del bambino.
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)
I disturbi dello spettro autistico non rientrano all'interno dell'autismo ma la classificazione "spettro" ha dato accezioni che rendono più complessa la diagnosi e l'intervento adeguato.
Si è passato da soggetto portatore di patologia autistica ad una visione dell'autismo come

spettro = gamma di caratteristiche che possono apparire in modo superiore o inferiore (e in modi diversi), caratterizzando lo sviluppo del bambino. Il passaggio è quindi da bambini con tratti di autismo a bambini con una configurazione patologica importante.
I tassi di percentuale di bambini con patologia dello spettro autistico si sono alzati negli ultimi anni: quando una patologia psichica o organica muta nella sua prevalenza nel tempo, bisogna chiedersi il perché. Lo spettro autistico è sempre più considerato di base genetica – organica. Dal punto di vista biologico, certe patologie emergono perché alcuni geni si combinano in modo diverso. Avendo definito l'autismo come spettro, la diagnosi comprende in questa categoria molti più bambini rispetto al passato, in quanto all'interno dello spettro, rientrano più sfumature. L'introduzione dello spettro nell'autismo ha creato criteri di inclusione più comprensivi, per cui più bambini rientrano all'interno di questa diagnosi.
DSM 5 E DC:0 – 5: i disturbi dello spettro autistico sono classificati all'interno della sezione dei "disturbi del neurosviluppo ad eziologia multifattoriale", caratterizzati da due criteri:
deficit nell'interazione sociale e nella comunicazione (verbale e non verbale)
deficit associati alla presenza di comportamenti ripetitivi e interessi ristretti e stereotipati.
Analizziamo:
I disturbi del neurosviluppo = ipotizziamo una commistione tra base organica - biologica e contesto ambientale. In passato, la base biologica non era contemplata e quindi veniva data importanza alla componente ambientale. Oggi, il gene dell'autismo non è ancora stato individuato ma c'è una componente biologica – costituzionale nel bambino, che svilupperà un disturbo dello spettro autistico. L'ambiente non genera autismo, in quanto è una patologia a componente organica – biologica. In casi estremi, ci sono forme simili a quelle autistiche, legate a forme ambientali; di per sé, però, è una patologia a base organica.
Eziologia (cause) multifattoriale = non c'è un gene specifico. Gli studi genetici riportano cause genetiche o informazioni su componenti ambientali estreme ma è una commistione di molti fattori.

I criteri di inclusione / esclusione sono centrali: deficit nell'interazione sociale e nella comunicazione = capacità di relazionarsi e comunicare con l'altro. Inizialmente, l'autismo era pensato come una forma di disabilità cognitiva; sono bambini che hanno anche caratteristiche di sviluppo non tipiche, ma non è il loro deficit principale. Si tratta di un deficit relazionale comunicativo: perché il linguaggio però compare con ritardo o in forma atipica? Perché nella mente di un bambino con disturbo dello spettro autistico manca la spinta comunicativa: parlano per parlare e non per dire qualcosa a qualcuno. Il deficit relazionale comunicativo è prevalente: non c'è un mondo esterno così ben definito, tale per cui il bambino riesca a trovare un mezzo che vada dalla sua mente a quella di un altro; quindi il linguaggio, anche quando acquisito, non ha funzione comunicativa -> il deficit è comunicativo, ma poi viene visto da un punto di vista linguistico. Di norma, se si vuole comunicare con l'altro si usa il linguaggio, verbale o non; questi bambini non comprendono che esistono dei contenuti presenti anche nella mente di altre persone e che quindi serve parlare, anche attraverso gesti con significato comunicativo. Comportamenti ripetitivi = rituali dei bambini con disturbo dello spettro autistico. Stabiliscono ritualità

difficilmente modificabili; non sono legati a quelli del disturbo ossessivo – compulsivo, ma al fatto che la loro configurazione mentale così deficitaria per quanto riguarda le relazioni li rende bambini che vivono in un mondo difficilmente comprensibile dal punto di vista dell'intenzionalità dell'altro; non comprendono l'intenzionalità di un gesto, anche finalizzato, di un'altra persona. Di fronte alle azioni e alle comunicazioni di un altro, non hanno la capacità di previsione. Come possono difendersi dalla difficoltà? Stabilendo routine molto rigide con sé stessi e con gli altri; in questo modo riescono a comprendere la finalità di un'azione perché diventa una routine ripetuta tutte le volte. E quindi, di fronte a una variazione fatta dall'altro, il bambino prova forte angoscia perché perde l'intenzionalità. Se il bambino vive però in un mondo prevedibile, anche gli interessi saranno stereotipati e quindi si fa fatica ad introdurre novità (il gioco è ripetitivo). Il tema centrale è il fatto che non sanno applicare modificazioni creative (avere creatività significa conoscere sé stessi e l'altro da un punto di vista relazionale): vivono in un mondo che si ripete uguale a sé stesso e ciò consente loro di muoversi. Se il loro mondo cambia, non riescono ad affrontare questo cambiamento. La patologia colpisce 1 bambino su 68, prevalentemente i maschi; da questo fattore, si è approfondita la componente biologica e genetica. Un fattore predisponente studiato rispetto alla comparsa del disturbo dello spettro autistico è l'età avanzata dei genitori, in particolare del padre. Il numero dei bambini colpiti aumenta per: maggiore definizione dei criteri diagnostici introduzione del concetto di spettro

definizione di procedure e strumenti diagnostici specializzati e standardizzati: richiedono una formazione specifica e servono per il trattamento diagnostico maggiore sensibilizzazione degli operatori che si occupano delle età precoci e della popolazione in generale (interventi precoci in patologie neurocerebrali sono fondamentali) aumento dei servizi sanitari preposti al trattamento dei casi. La diagnosi precoce consente di intervenire per portare il bambino ad un livello di sviluppo che sia il più evolutivo possibile, dato il suo livello di partenza. I disturbi dello spettro autistico (e più in generale quelli del neurosviluppo) non hanno possibilità di remissione o guarigione, ma diagnosi precoci possono favorire le traiettorie evolutive del bambino e della famiglia, riducendo al minimo le possibilità deterioranti e il minore impatto e danno possibile sul bambino e sulla famiglia; bisogna lavorare per estrarre tutte le possibilità di sviluppo. La diagnosi precoce sotto i tre anni è rara, perché non si sono ancora sviluppate pienamente alcune funzioni e quindi non è possibile decidere la loro compromissione. Sotto i tre anni, è possibile cercare indicatori precoci e monitorare se il bambino fallisce in tali indicatori; eventuali fallimenti possono condurre a ipotizzare quel tipo di evoluzione deficitaria. La diagnosi di autismo si dà dai tre anni; al di sotto, si possono monitorare solo determinati indicatori. La maggior parte di queste caratteristiche deficitarie emergono già nel primo anno di vita ma i genitori sostengono che, fin da neonato, il loro bambino presentava difficoltà nell'aggancio dello sguardo o nei giochi faccia a faccia. Ci sono segnali che i genitori notano molto presto; un problema è che la richiesta da parte dei genitori viene procrastinata nel tempo. In passato c'era un pregiudizio legato ai pediatri che consigliava alle famiglie di aspettare perché il bambino era piccolo; oggi, invece, si ritiene che prima dei tre anni sia comunque presto ma, quando si osservano determinate caratteristiche, una visita specialistica può aiutare ad individuare determinati fattori. Quanto prima una famiglia ed il bambino arrivano ad un servizio, tanto prima si può individuare o escludere

una diagnosi, in questo caso di spettro autistico. L’identificazione precoce di temi di rischio è una risorsa per il bambino e le famiglie.

Storicamente, nel 1911 si iniziò a pensare a cosa potesse essere l'autismo. Lo psichiatra Bleuler coniò il termine "autismo" per descrivere un aspetto sintomatologico della schizofrenia, caratterizzato da perdita di contatto con la realtà esterna, condizione di isolamento e incomunicabilità, forma di pensiero ripetitivo, bizzarro e chiuso. Alcuni clinici avevano osservato che alcuni bambini classificati come autistici avevano caratteristiche non sovrapponibili a quelli schizofrenici.
Nel 1943/44, Kanner e Asperger descrissero una sindrome differente dalla schizofrenia: questi bambini erano talmente diversi da quelli schizofrenici che non rappresentavano una sottospecie della diagnosi di schizofrenia, ma identificavano un nuovo disturbo diagnostico "autismo infantile precoce". Il primo criterio che portò a questo ragionamento fu l'insorgenza della patologia: è difficile vedere un bambino schizofrenico al di sotto dei tre anni, perché solitamente emergono in età adolescenziale. La precocità della patologia dello spettro autistico ha iniziato a far pensare che non fosse un tema schizofrenico, ma una nuova diagnosi legata a qualcosa che avveniva precocemente nella vita. Questa forma di autismo si configurava come un disturbo del contatto affettivo innato e biologicamente determinato, un'incapacità innata di intrattenere rapporti affettivi con le persone.
Kanner osservò che il disturbo fondamentale più evidente in questi bambini era l'incapacità di rapportarsi in modo casuale a persone e situazioni fin dai primi momenti di vita. Dall'inizio vi era isolamento autistico, il quale dominava il comportamento, buona relazione con oggetti, inaccessibilità e distacco. La ricerca degli ultimi anni conferma questi temi: la componente principale della patologia autistica è la difficoltà relazionale e buona relazione con oggetti.
Asperger, nel 1944, introdusse "psicopatia autistica" per descrivere una costellazione sintomatica: alterazione nella comunicazione e comprensione delle emozioni, distacco emotivo dagli altri e scarse capacità empatiche, marcato egocentrismo con eccessiva reattività alle critiche, interessi ristretti e stereotipati, povertà della comunicazione verbale. Il livello cognitivo risultava adeguato all'età di sviluppo, con buone capacità di produrre idee originali. Goffaggine sul piano motorio, con scarsa consapevolezza dei movimenti del corpo nello spazio. Il disturbo era legato a cause organiche: presenza nei maschi; caratteristiche simili, ma più moderate, nei padri dei bambini.
Negli anni '50 - '80, la prospettiva psicodinamica (Bettelheim) aveva fatto brillanti osservazioni su questi bambini, ma cercando le cause dell'autismo e a fronte del fatto che ricerche scientifiche dell'epoca non stavano avanzando, iniziò a pensare che lo spettro autistico si fondasse su un ambiente deprivante in grado di generare nel bambino la chiusura originaria. Oggi sappiamo che esistono madri inadeguate, ma che l'autismo non è conseguenza di una "madre frigorifero"; al limite possiamo considerare l'incontro tra una "madre frigorifero" e un bambino in cui sono presenti caratteristiche biologiche tali da portare allo spettro autistico. Bettelheim rifiutava quindi l'eziologia organica dell'autismo e individuava soprattutto nella figura materna la causa principale del disturbo. L'autismo rappresentava quindi un meccanismo difensivo per fronteggiare il rifiuto della madre. Il bambino, per difendersi dall'angoscia derivante dal desiderio materno di annullarlo, avviava un processo di ritiro dal mondo per rifugiarsi in una fortezza vuota.

Negli anni '70 - '80, lo sviluppo di studi empirici, oltre a documentare l'importanza della vulnerabilità genetica, accertò che la prevalenza dell'autismo non è maggiore nei ceti intellettuali e/o in particolari sistemi di allevamento. Non c'è un particolare sistema relazionale genitoriale alla base dell'autismo, e nella storia e nelle famiglie delle persone autistiche non è documentabile qualcosa di specifico e di differente sul piano psicologico rispetto a tutti i possibili gruppi di controllo (normali o con altre categorie).

La patologia autistica spesso si manifesta molto precocemente e si esprime nello stesso modo sia nelle relazioni con i genitori che in quelle con qualsiasi altro caregiver. Nel 1967, MAHLER (psicoanalista) delineò le caratteristiche normali e paterne che influenzano reciprocamente: separazione (inizia con l'emergere del bambino da una fusione simbiotica con la madre) e l'individuazione (conquiste evolutive per cui il bambino crea le proprie caratteristiche e sensazioni personali).
Dalla nascita ai 2 mesi, il bambino si trova in una "matrice extrauterina" (corpo della madre che lo allatta), che lo protegge dagli stimoli esterni, consentendo di restare concentrato sulle tensioni e sulle sensazioni del proprio corpo (fame / dolore) -> fase autistica normale: predominio dei bisogni fisiologici, prevede: narcisismo primario assoluto (la sollecitudine delle cure materne garantisce il mantenimento dello stato di investmento libidico primario del bambino); onnipotenza allucinatoria (autosufficienza che deriva dall'incapacità del bambino di riconoscere nell'oggetto esterno (madre) la fonte del soddisfacimento e della regolazione omeostatica dei bisogni fisiologici.
Dal 2° mese: fase simbiotica normale: emerge una vaga consapevolezza della madre come oggetto esterno in grado di ridurre le tensioni e soddisfare i bisogni. Il bambino non riesce ancora a differenziare tra interno ed esterno e sperimenta una fusione indifferenziata con la madre.
"Preoccupazione materna primaria" = prontezza delle cure offerte al bambino per soddisfare i bisogni. La sintonia tra bisogni del bambino e cure materne garantisce il raggiungimento di un equilibrio psicofisiologico da cui dipendono i processi di differenziazione interno ed esterno. La capacità di percepire l'altro come diverso da sé si esplica attraverso la maturazione della capacità sensoriale che consente le percezioni a distanza (sorriso sociale specifico verso la madre = percepita dal bambino come parte materna del suo sé simbiotico).
Dal 4° mese: fase di separazione – individuazione, caratterizzata da 4 sottofasi:

differenziazione (4 – 5 ai 9 – 12 mesi): maturazione delle capacità sensorio percettive -> il bambino diventa più vigile e reattivo agli stimoli esterni. Lo sviluppo del sé corporeo viene sostenuto da un investmento esterocettivo, mediato da canali sensoriali periferici e distanziamento dal corpo della madre. Angoscia dell'estraneo: capacità del bambino di distinguere il viso della madre da quello di altri non familiari. Sperimentano un'esperienza simbiotica normale, che consente di esplorare l'estraneo con curiosità e stupore.

sperimentazione (10 ai 16 – 18 mesi): acquisizione di nuove capacità motorie -> esplorazione attiva dell'ambiente e tornare dalla madre, considerata fonte di rifornimento affettivo. Ansia di separazione = paura di perdere l'oggetto, regolata da strategie compensatorie (oggetto transizionale). Acquisizione della deambulazione eretta -> esplorazione autonoma dell'ambiente.

riavvicinamento (16 – 18 a 24 mesi): deambulazione -> maggiore consapevolezza della propria separatezza, aumento ansia da separazione. Il compito integrativo è l'integrazione dell'ambivalenza affettiva: la paura di perdere l'amore della madre suscita nel bambino sentimenti di amore e di rabbia. La madre deve quindi promuovere l'individuazione del figlio, sostenendo le separazioni ma anche accogliendolo amorevolmente nelle sue iniziative di riavvicinamento.

costanza dell'oggetto (24 – 36 mesi): senso di individualità e capacità di separarsi dai genitori si stabilizza insieme alla capacità di instaurare maggiori rapporti con figure diverse. Costanza dell'oggetto = capacità del bambino di rappresentarsi mentalmente un oggetto assente e superamento dell'ambivalenza affettiva. Consente di sostituire la madre assente con un'immagine interna che infonde sicurezza e che gli consente di tollerare meglio la separazione.

La MAHLER descrive:
Sindrome autistica = il bambino non differenzia stati interni e stimoli esterni. Non percepisce la madre come l'oggetto esterno che soddisfa i suoi bisogni e che media il contatto con l'ambiente. I bambini autistici si isolano, non manifestano interesse per il contatto sociale, spesso agiscono con comportamenti distruttivi/autolesivi.
Sindrome simbiotica: il bambino possiede un'embrionale consapevolezza che il soddisfacimento dei suoi bisogni provenga dalla madre. Può innescare nel bambino l'angoscia di non conseguire o perdere un'esistenza separata. Il bambino si rifugia nel legame simbiotico, che gli garantisce sentimenti di onnipotenza. I bambini simbiotici sono perennemente attaccati alla madre e spaventati dalla fusione.
Secondo MAHLER, le psicosi della prima infanzia sono sempre riconducibili a deficit/gravi compromissioni nella relazione simbiotica con la madre. In entrambi i casi, i bambini non hanno usato la madre come fonte di orientamento per lo sviluppo di capacità percettive e integrate dell'Io.
Nel DSM 5, i disturbi dello spettro autistico sono nello stesso piano degli altri disturbi, all'interno della categoria più ampia dei disturbi del neurosviluppo. La novità, presente nel DSM5, riguarda la presenza del disturbo dello spettro autistico al pari degli altri disturbi, all'interno della categoria dei disturbi del neurosviluppo.
PDM2: all'interno dell'area dei disturbi evolutivi, vengono descritti i disturbi pervasivi dello sviluppo e l'autismo, distinto dalla sindrome di Asperger. Il disturbo dello spettro autistico, in passato, era già definito all'interno dei disturbi pervasivi dello sviluppo (pervasività = colpisce e coinvolge molte aree del funzionamento e dello sviluppo evolutivo dell'individuo). All'interno dei disturbi pervasivi, si distingue tra:
autismo sindrome di Asperger = autismo ad alto funzionamento. Rientra nello spettro autistico ma ha le caratteristiche proprie di una sindrome.
DSM 5: sono riportate tre specificazioni rispetto alle versioni precedenti nel DSM 4, sono riportati tre domini sintomatologici mentre nel DSM 5 solo due: deficit socio-comunicativi e interessi stereotipati e comportamenti ripetitivi (criteri diagnostici per la categoria del disturbo dello spettro autistico).
Ritardo/atipicità dello sviluppo linguistico nei bambini con disturbo dello spettro autistico: bambini con un ritardo nella comparsa del linguaggio e nel suo sviluppo e un linguaggio atipico: non ha una caratteristica realmente comunicativa.

Il tema dello sviluppo linguistico veniva usato, in passato, come tema centrale per la diagnosi; oggi, il disturbo del linguaggio viene considerato invece come un tema secondario. Il problema dei bambini con disturbo dello spettro autistico è un ritardo nella competenza comunicativa, motivo per cui lo sviluppo del linguaggio è ritardato e atipico (nella mente non hanno l'idea di dover comunicare con qualcuno). Il criterio del ritardo linguistico viene messo oggi in secondo piano indicazioni sul livello di gravità: vengono individuati tre livelli (elevato, medio e basso) perché sappiamo che da quando l'autismo viene considerato come uno spettro, bisogna capire se un bambino rientra completamente nei parametri e in che livello di gravità si trova. Il bambino potrà avere una diagnosi con alta, media o bassa gravità.

DSM 5, CRITERI DIAGNOSTICI:

deficit persistente della comunicazione sociale e dell'interazione in molteplici contesti (A). La persistenza è un criterio che lega lo spettro autistico ai contesti sociali. Per persistente si intende il fatto che le manifestazioni non sono transitorie ma caratteristiche e che connotano il bambino in modo specifico; non variano quindi con il tempo e in diverse condizioni. Vengono messe in campo in diversi contesti. Non c'è differenza nelle capacità del bambino al cambiare del contesto. Nascono con caratteristiche specifiche che riguardano lo spettro dell'autismo. 4 (1) Deficit nella reciprocità socio-emotiva: non riescono ad essere reciproci (possono non rispondere ad un saluto), ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti. 4 (2) Deficit nei comportamenti comunicativi e non verbali: hanno comportamenti comunicativi non verbali anomali o atipici (ad esempio, aspetto verbale e non verbale sono disincroni), problemi sul contatto visivo; non comprendono la gestualità e la prosodia della comunicazione. Prosodia = flessione e modulazione della voce mentre si parla: ci fa capire lo stato emotivo di base alla comunicazione verbale che ci sta arrivando. Hanno inoltre difficoltà nella mimica nella gestualità della comunicazione: difficoltà a produrre e comprendere l'aspetto gestuale perché hanno un deficit primario che non consente loro di comprendere le intenzioni dell'altro. Queste caratteristiche di difficoltà comunicativa derivano dal deficit centrale: da una parte non comunicano, dall'altra non sono compresi. 4 (3) Deficit dello sviluppo, gestione e comprensione delle relazioni: difficoltà ad adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali, difficoltà a condividere il gioco di immaginazione o a fare amicizia, assenza di interesse verso i coetanei. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (B) 4 (1) Qualità e tipologia del movimento: solitamente hanno tratti di movimento rigido o impaccio motorio (capacità di non muovere bene il corpo nello spazio, scarso equilibrio, difficoltà motorie nella coordinazione); uso degli oggetti ripetitivo e stereotipato (non hanno accesso al gioco simbolico); sono molto aderenti al compito e questo è anche un tratto di ripetitività -> li rassicura rispetto loro competenze. 4 (2) insistenza nella sameness (immodificabilità) nei bambini che hanno bisogno di mantenere un ritmo rigido nelle routine esistenziali perché altrimenti provano stati di angoscia: anche piccoli cambiamenti vengono vissuti con grande disagio nei bambini: essendo bambini che non comprendono adeguatamente le intenzioni altrui, hanno bisogno di ripetitività: è una sorta di meccanismo di difesa primitivo e patologico. Cercano di calarsi in un mondo prevedibile: necessità di adeguarsi a ritmi rigidi e dosaggio delle stimolazioni (non possono avere iperstimolazioni, come ad esempio una stanza ricca di

giochi perché può dare loro angoscia). Hanno bisogno di avere un ritmo interattivo piuttosto stabile nel tempo e nello spazio. Questo riguarda anche il cibo: hanno una reattività sensoriale molto particolare che può dare anche difficoltà nella crescita fisica.

(3) interessi limitati: quando un interesse li appassiona, si fissano e viene mantenuto nel tempo e nello spazio (attrazione per oggetti insoliti e particolari, a volte per oggetti che non hanno un uso comune). Il tentativo di spostare l'attenzione su un altro oggetto da parte dell'adulto può provocare angoscia.

(4) Iper o ipo reattività agli stimoli sensoriali: possono sentire molto forti alcuni suoni, difficoltà ad avere un contatto a pelle con i genitori, olfatto e gusto possono generare rifiuto anche nell'alimentazione. I sintomi sono presenti già in periodi molto precoci dello sviluppo: la patologia dello spettro autistico è molto angosciante per gli operatori ma anche per i genitori e a volte questo genera dei meccanismi di diniego, per cui anche a fronte di diagnosi precoci effettuate da professionisti, soprattutto in età scolare o nel passaggio tra elementari e medie o medie e superiori, è possibile trovare questi genitori in consultazione, dopo aver ricevuto diagnosi precedenti. Possono verificarsi margini di miglioramento che porteranno a grandi risultati; per questo i genitori tornano per un'altra consultazione diagnostica. (C) I primi segni si vedono a due anni ma per una diagnosi corretta si aspettano i tre anni (segni precoci). I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo. (D) Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro autistico sono spesso concomitanti: per porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale. (E) Il DSM5 inserisce tre livelli di gravità: Livello 3: richiede supporto rilevante.

Comunicazione sociale: il livello di comunicazione è scarso e a volte il linguaggio non è presente. Interazione sociale minima in risposta alla sollecitazione dell'altro.

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: rituali e comportamenti stereotipizzati e non modificabili nemmeno con un comportamento dall'esterno. Quando i rituali vengono interrotti, la persona mostra un livello di stress molto elevato. È complicato ridirigere l'attività del bambino perché le reazioni sono molto paradossali. Livello 2: richiede supporto moderato

comunicazione sociale: deficit nella comunicazione ma ogni tanto vi è un'iniziativa nell'interazione sociale/risposta anomala all'interazione con altri.

interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: rituali fissi presenti, comportamenti ripetitivi frequenti. Risulta difficile ridirigere l'attenzione; stress nel modificare i rituali ma ad un grado meno elevato rispetto al livello 3. C'è qualche possibilità di riorganizzare l'attività del bambino.

Livello 1: richiede supporto lieve 4 comunicazione sociale: atipicità nell’interazione sociale, ma in alcuni momenti il bambino mostra interesse nella relazione con l’altro. Se favorito da un supporto esterno, riesce maggiormente a porsi in condizione di relazione e comunicazione. 4 interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: rituali e comportamenti ripetitivi con maggiore resistenza; è possibile riorientare l’interesse senza angoscia. Nella

diagnosi bisogna considerare i criteri A e B e categorizzare per livelli di gravità. DC: 0 – 5: i disturbi neuroevolutivi (base organica) includono disturbi dell'autismo e disturbo atipico dello spettro dell'autismo. I criteri diagnostici sono gli stessi ma organizzati in modo diverso perché, mentre nel DSM5 non c'è limitazione nell'età 0 – 5, il DC include comportamenti definiti in modo più specifico. I disturbi dello Spettro autistico entrano nel 2016 nella DC: 0 – 5; enfatizza la lettura evolutiva dei disturbi, sottolineando la specificità dei sintomi socio-comunicativi e comportamentali della primissima infanzia, dove si rilevano abilità più limitate. CRITERI DIAGNOSTICI DELL'AUTISMO: Devono essere presenti ognuno dei tre seguenti sintomi socio-comunicativi (A): - Limitazione o atipie nella responsività socio-emozionale, nel mantenimento dell'attenzione sociale o nella reciprocità sociale (1): approccio sociale atipico ridotta o limitata capacità di coinvolgersi in giochi sociali reciproci o in attività che richiedono l'alternanza dei turni ridotta o limitata capacità nelle iniziative di attenzione condivisa per condividere interessi o emozioni o per ricercare informazioni sugli oggetti di interesse nell'ambiente risposte infrequenti o ristrette all'interazione sociale iniziative rare e ristrette, o carenti, delle iniziative dell'interazioni sociali. Deficit nei comportamenti socio-comunicativi non-verbali: carenza o integrazione ristretta dei comportamenti non verbali e verbali uso atipico del contatto oculare ed evitamento degli altri nei contesti sociali difficoltà nella comprensione o nell'uso della comunicazione non verbale gamma ristretta di espressioni facciali e di comunicazione non verbale limitata. difficoltà nelle interazioni con i pari problemi nell'adattare il comportamento per adattarsi alle varie richieste provenienti dai contesti sociali difficoltà nel coinvolgersi nel gioco spontaneo di finzione o immaginativo interesse limitato o carente nei confronti dei coetanei e del gioco con i pari e/o bambini più grandi. I sintomi del criterio A non sono meglio spiegati dalle compromissioni sensoriali (vista, udito o altri deficit sensoriali) (B). Devono essere presenti due dei seguenti quattro comportamenti ripetitivi o ristretti (C): stereotipie o ripetitività nella lallazione o nel linguaggio, nei movimenti o nell'uso di oggetti o giocattoli mantenimento rigido della routine con resistenza eccessiva al cambiamento; necessità di fare affidamento sugli aspetti invariati dell'esperienza (sameness) e manifestazioni di disagio in risposta al cambiamento o alle transizioni; o uso ritualizzato del linguaggio; o comportamenti non verbali stereotipati, bizzarri o idiosincratici interessi altamente circoscritti, specifici o inusuali che si manifestano nella fissazione estrema o atipica su un argomento o area di interesse reattività atipica agli input sensoriali (con iper o ipo reattività) o coinvolgimento insolito con gli aspetti sensoriali dell'ambiente (ad esempio, leccare il pavimento). I sintomi del disturbo, o gli adattamenti del caregiver in risposta ai sintomi, influenzano significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi (D): causano disagio nel bambino interferiscono con le relazioni del bambino limitano la partecipazione del bambino nelle attività o nelle routine attese in base allo sviluppo limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine quotidiane limitano la capacità del bambino di apprendere e sviluppare nuove competenze o interferendo con i progressi evolutivi. Età: la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela nei bambini di età inferiore ai 18 mesi. Non ci sono criteri relativi alla durata dei sintomi. DISTURBI ATIPICI DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO: nella DC: 0 – 5, gli ASD precoci atipici sono rappresentati nei bambini di età compresa tra i 9 – 36 mesi, che, pur presentando alterazioni socio – comunicative severe e comportamenti ristretti e

ripetitivi (caratteristiche sovrapposte ai criteri diagnostici di disturbo dello spettro autistico), non soddisfano pienamente i criteri degli ASD. La soglia diagnostica richiede la presenza di due dei tre sintomi della sfera socio-comunicativa, di uno dei quattro sintomi dei comportamenti ristretti e ripetitivi e lo stesso per le compromissioni del bambino e della famiglia. Sia le stime di prevalenza che il decorso dei sintomi di questi disturbi non sono attualmente noti. Sono bambini che potrebbero successivamente assolvere a tutti i criteri oppure restare nella forma di atipicità. Come riconoscere l'autismo? difficoltà a rapportarsi con gli altri (bambini o adulti), in modo inefficace o inadeguato carenza o assenza del linguaggio verbale o atipicità: linguaggio non comunicativo; parlano ma è difficile capire cosa dicono o cosa vogliono comunicare strani attaccamenti agli oggetti, interesse per oggetti particolari: l'oggetto viene considerato come un ancoraggio utilizzo inappropriato dei giocattoli: spesso i giochi sono molto ripetitivi: non è chiaro al bambino la funzione degli oggetti. iperattività o atteggiamento passivo: alternanza tra iperattività (eccesso di comportamento o di emozioni) e atteggiamenti passivi (comportamento sottotono, quasi depresso) ipersensibilità o indifferenza al tatto, al contatto fisico: possono rifiutare il contatto pelle a pelle o atteggiamenti di contenimento oppure essere indifferenti: non hanno reazioni ma nemmeno provano piacere scarsa coscienza dei pericoli: riguarda, in generale, tutti i bambini piccoli, però per i disturbi dello spettro autistico perdura nel tempo la loro inconsapevolezza dei limiti e dei pericoli risate o pianto inappropriati: regolazione degli stati affettivi. L'inappropriatezza deriva dal deficit relazionale; non sono appropriate rispetto al contesto in cui sono inseriti: non sanno modulare le proprie emozioni rispetto a quelle dell'altro o rispetto al contesto difficoltà ad abituarsi ai cambiamenti. Diagnosi differenziale = esistono patologie che possono avere manifestazioni simili ma che dobbiamo differenziare perché si muovono su meccanismi psicopatologici diversi. Il meccanismo sottostante alla patologia è differente da altri e quindi gli interventi terapeutici sono mirati. Per il disturbo dello spettro dell'autismo, ci sono tre aree di potenziale confusione rispetto a una corretta diagnosi: sindrome di Rett: non viene più considerata nell'autismo. È di prevalenza femminile, con caratteristiche simili ad alcuni tratti dello spettro dell'autismo ma spesso c'è un'elevata compromissione da un punto di vista cognitivo; nell'autismo, non è sempre così (autismo ad alto funzionamento) ritardo globale dello sviluppo: anni fa, il disturbo dello spettro dell'autismo in infanzia veniva considerato come un disturbo pervasivo dello sviluppo disturbo reattivo dell'attaccamento: il bambino è ritirato, non stringe legami e non chiede aiuto; queste caratteristiche, descritte dal genitore, possono sembrare appartenenti allo spettro dell'autismo ma la differenza è che il disturbo reattivo dell'attaccamento è un disturbo specifico, mentre il disturbo dello spettro dell'autismo è invariato e invariabile in tutti i contesti di vita del bambino, il quale reagisce ad una condizione inadeguata di protezione a cui è stato esposto. Nell'autismo invece non c'è un ambiente maltratante che rende autistici ma il bambino porta con sé delle caratteristiche atipiche dalla nascita che poi lo condurranno a questo percorso evolutivo disturbo della regolazione o del processamento sensoriale: il disturbo dello spettro dell'autismo ha un iper o ipo attivazione sensoriale; ci sono però bambini che hanno un disturbo specifico del processamento sensoriale, quindi con organi iper o ipo attivi ma che non hanno spettro autistico. "Hanno un problema di regolazione, ma in realtà non hanno il funzionamento affettivo e cognitivo-relazionale dei

bambini con disturbo dello spettro autistico. Il PDM rimanda la descrizione dei disturbi dell'autismo ai disturbi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione. Evidenzia come alcune compromissioni dello sviluppo possono derivare anche da gravi stress e traumi ambientali: sindrome da deficit della crescita, abusi o trascuratezza.
Quanto è stabile la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico? La stabilità aumenta quando la diagnosi viene effettuata dopo i 5 anni: il 5° anno è il punto di svolta evolutivo, per cui se a 5 anni viene effettuata una diagnosi dell'autismo, la diagnosi è stabile e le funzioni cognitive e affettive-relazionali si sono sviluppate; quelle bloccate o che hanno caratteristiche atipiche per spettro autistico, rimangono stabilizzate. Prima dei 3 anni, abbiamo una media stabilità solo se i bambini diagnosticati rispettano tutti i criteri diagnostici. Se a due anni alcuni bambini avevano ricevuto un'ipotesi diagnostica di spettro autistico, è possibile che tra i due/tre anni vediamo una remissione di queste caratteristiche in una direzione meno grave. Una situazione diversa è invece l'autismo regressivo: il bambino sembra fino all'anno presentare uno sviluppo tipico, che poi perde negli anni successivi: i genitori raccontano di un bambino che cresce nel primo anno di vita seguendo le tappe tipiche dello sviluppo ma ad un certo punto, circa ad un anno, sembra che il bambino cominci a perdere le competenze che aveva acquisito.
Comorbidità: può essere temporanea = contemporanea presenza in un individuo di due patologie associate, oppure nell'arco della vita uno stesso soggetto può manifestare più patologie psichiche. Qui parliamo di comorbidità contemporanea: i bambini con spettro autistico (diagnosi primaria) hanno anche altre patologie associate. Ritardo globale dello sviluppo e ritardi del linguaggio e delle competenze linguistiche: lo sviluppo del linguaggio è atipico, come il suo uso. Anche nei casi in cui il linguaggio viene raggiunto ed utilizzato, l'uso ha specifiche atipicità (ecolalia). Comportamenti problematici (sonno, alimentazione, emozionalità negativa, autolesivi): sono bambini che fanno fatica nell'addormentamento, hanno rituali legati al sonno molto rigidi e a volte bisogna ricorrere anche all'uso di farmaci; disturbi dell'alimentazione, di alta specificità: elevata selettività negli alimenti, rifiuto di variazioni alimentari (scelgono pochi alimenti, particolari e rifiutano gli altri); comportamenti autolesivi: all'interno di crisi di angoscia o di comportamenti privi di significato e ripetitivi, ci sono comportamenti in cui si fanno male e si provocano dolore (non c'è confine fisico) -> comportamenti aggressivi verso l'altro o se stessi ma privi di significato simbolico, di intenzione violenta; sono comportamenti che nascono quando il bambino è in crisi di angoscia e, non trovando il limite psichico, cerca quello fisico. Ritardi e deficit motori: goffaggine o andatura insolita (robot), differente lateralizzazione destra e sinistra, fatica nell'equilibrio (saltare e restare su un piede). Studio dello sviluppo motorio come punto di riferimento precoce per i disturbi dello spettro autistico. Ansia e depressione: riscontrati nei bambini più grandi. Da molti studi, i bambini hanno caratteristiche spesso ansiose e depressive nonostante le loro caratteristiche dello spettro autistico. Questi bambini provano emozioni ma probabilmente non sono così consapevoli ed evoluti da un punto di vista cognitivo-affettivo da dare un nome a queste emozioni. Tra le cose che provano ci sono ansia e depressione: se il bambino ha crisi ansiose importanti, questo va ad interferire con le caratteristiche dello spettro autistico e quindi con il fatto che il bambino possa essere inserito in un contesto sociale (scuola, sport). Iperattività o mancanza di attenzione MA il bambino può avere un disturbo dello spettro autistico come diagnosi prima con iperattività oppure iperattività

come unica diagnosi. La diagnosi dei disturbi dello spettro autistico rientra nell'area delle disabilità (cronicità della condizione; socialmente ci sono individui pagati per supportare ed affiancare per tutta la vita le persone con spettro autistico) e quindi per legge hanno diritto a supporto e insegnanti gratuiti. L'iperattività invece rientra nell'area dei BES (bisogni educativi speciali) e non hanno diritto a supporto gratuito. Quindi la diagnosi è molto importante anche in termini di supporto. Il parenting si cronicizza ed ha caratteristiche per tutta la vita: è un processo per cui ci si prende cura di qualcuno ed è legato al fatto che questo qualcuno, in condizioni normali, non ci chiederà più cure, perché grazie a queste cresce e si rende autonomo; per coloro che hanno un disturbo spettro autistico, il parenting non si interrompe mai perché, avendo dei figli con caratteristiche di questo tipo, i genitori devono prendersi cura dei loro figli per tutta la vita: è una condizione molto angosciante; spesso sono i genitori che chiedono aiuto anche a livello psicologico perché è molto frustrante occuparsi di una persona adulta ma che funziona come un bambino ed è legato al livello di stress e burnout del caregiver: occuparsi a lungo e massicciamente di un'altra persona che non ha le caratteristiche per crescere in autonomia. In queste famiglie, le difficoltà riguardano sia i figli sia i genitori. Caratteristiche di rischio e prognostiche: presenza di un fratello con diagnosi dello spettro autistico: se c'è un fratello con tale diagnosi, i figli successivi avranno un'altra probabilità di avere un disturbo da spettro autistico, soprattutto se sono fratelli maschi (influenza del genere nell'autismo: colpisce 1 bambino maschio su 42 e 1 bambina femmina su 149). Presenza di genitori in età avanzata (soprattutto del padre): conferma il tema del genere maschile. Nascita prematura o basso peso alla nascita: nascita prematura (età gestazionale, motivi della prematurità ed eventuali problematiche insorte a seguito della nascita prematura). Basso peso alla nascita può verificarsi per due motivi: i bambini che in tutto il loro periodo gestazionale crescono poco ma regolarmente sono quelli che hanno più o meno uno sviluppo tipico; coloro che invece hanno una sindrome da basso accrescimento fetale sono bambini con normale accrescimento intrauterino che dopo, ad un certo punto, viene bloccato o rallenta per vari motivi. Quando l'accrescimento si interrompe arrivano al feto meno nutrienti e il bambino inizia a funzionare a basso mantenimento; gli organi che ne risentono riguardano lo sviluppo cerebrale, il sistema cardio circolatorio e il sistema renale. Questi bambini, iniziando a funzionare a basso regime, possono avere difficoltà nello sviluppo del sistema centrale e dei lobi frontali: ha maggiore incidenza dei disturbi dello spettro autistico perché, quando il funzionamento diminuisce o si arresta, gli organi nobili (cuore, reni e cervello) devono funzionare a basso regime, ma dato che avrebbero bisogno di molto nutrimento per crescere, non si sviluppano secondo la tipicità considerata adeguata. Da adulti, possono sviluppare con più probabilità patologie cardio circolatorie. Esposizione ad agenti tossici: madri che fanno uso di droghe in gravidanza o che espongono il bambino, appena nato, ad agenti tossici. L'uso di qualunque sostanza psicotropa influenza il sistema nervoso centrale o periferico e può incidere sullo sviluppo del feto in utero. Un discorso simile vale per i farmaci: devono essere controllati dai medici e l'interruzione improvvisa di farmaci può essere dannosa per il feto. Presenza di condizioni genetiche (sindrome dell'X fragile o la sclerosi tuberosa complessa). Compromissione dell'intersoggettività nei bambini con autismo Vi è una compromissione che influenza l'intersoggettività primaria, che a sua volta incide su quella secondaria. Intersoggettività primaria: il bambino attratto dalla

voce, dall’espressione del volto e dai gesti delle mani risponde giocosamente con affetto, imitando e provocando imitazione. La madre guarda e ascolta, anticipando intuitivamente le espressioni del bambino. Risponde empaticamente e giocosamente con linguaggio “motherese”, tocco ed espressioni del volto e delle mani. Comunicazione precoce tra madre e bambino di due mesi: periodo dell’Intersoggettività Primaria. Intersoggettività secondaria: triangolo persona – persona – oggetto, con attenzione condivisa. Prima della fine del primo anno, il bambino comincia a manifestare interesse nel condividere scopi ed interessi con l’adulto. Questa coscienza cooperativa richiede l’abilità di alternare l’attenzione tra un oggetto ed una persona. Questo è il momento in cui il bambino comincia a “vocalizzare comment” con gesti e a fare atti significativi. Compromissione dell’intersoggettività: nel disturbo dello spettro dell’autismo, il deficit intersoggettivo si colloca sia a livello dell’intersoggettività prima, sia in quella secondaria. I bambini con disturbo autistico mostrano, fin dai primi mesi, una specifica riduzione dell’attenzione per gli stimoli sociali, mentre l’attenzione per gli oggetti non li distingue dai bambini con sviluppo tipico. Il fallimento di alcuni traguardi evolutivi segnalano caratteristiche rispetto al fatto che il bambino abbia un disturbo dello spettro autistico: pointing: capacità di indicare. Esistono due tipi di pointing: dichiarativo = è più precoce e meno evolutivo ed implica l’intenzione di dare all’altro una comunicazione rispetto a ciò che si desidera o si vuole; pointing della capacità di attenzione condivisa: due persone spostano insieme l’attenzione su un oggetto esterno. Questo livello è più complesso perché implica la capacità di condividere con un altro un tema di attenzione."

"Tendenzialmente, il bambino con disturbo dello spettro autistico raggiunge il pointing dichiarativo ma non quello dell'attenzione, perché, per quest'ultimo, deve avere l'idea che "ci sei tu e qualcos'altro che possiamo condividere". È il primo aspetto evolutivo il cui fallimento ci indica un possibile spettro autistico. Riferimento sociale: di fronte a un'attenzione incerta, il bambino si riferisce a un adulto di riferimento in grado di disambiguare la situazione (esperimento del precipizio visivo). Si parla di riferimento sociale quando è presente una situazione ambigua (cognitiva o a livello di relazione) e le nostre risorse non bastano per capirne il significato e per questo ci riferiamo a un individuo che riteniamo competente nel risolvere queste ambiguità. Serve però la competenza che nella nostra mente ci sia qualcuno che sa capire cosa stiamo vivendo e ci può aiutare nel risolverlo. Questo è difficile se si ha un deficit primario: fallimento evolutivo del riferimento sociale. Assenza o incapacità delle competenze imitative. L'imitazione è la capacità di ripetere o di ripetere modificando i comportamenti dell'altro; ci può portare a metterci nei panni dell'altro e quindi può essere legato al concetto di empatia. Negli interventi spesso non si preferisce un'interazione faccia a faccia ma una situazione per cui un bambino si trova di fronte a uno specchio e il terapeuta è alle sue spalle; nel bambino vi è quindi un contenimento esterno ed un rispecchiamento interno. Questi sono tre punti di riferimento nel primo anno di vita che questi bambini falliscono; sono riferimenti chiave per intercettare precocemente il rischio di disturbo dello spettro autistico. Alterazioni della sfera socio-comunicativa-comportamentale non verbale: alterazioni nel contatto occhio ad occhio, ritardi nella capacità di acquisizione e di comprensione dei gesti comunicativi e simbolici, con uso ridotto del pointing distale, carenze nelle abilità imitative. Alterazioni della sfera socio-comunicativa precursori delle

relazioni sociali: presenza ridotta del sorriso sociale nella prima metà del secondo anno e ristretta espressività emotiva, decremento nelle vocalizzazioni/verbalizzazioni dirette agli altri tra i 6 e i 12 mesi, con una tendenza opposta a quella dei bambini con sviluppo tipico, carenza del social referencing a 18 mesi, deficit nelle iniziative nel mantenimento dell'attenzione condivisa (14 mesi). Alterazioni della sfera socio-comunicativa-reciprocità socio-emozionale: ritardi nella comparsa della risposta al nome, carenze nel coinvolgimento sociale (tra i 6 e i 12 mesi). Alterazioni nel dominio dei comportamenti ripetitivi e interessi ristretti e stereotipati: comportamenti ripetitivi (compresi manierismi vocali, ecolalia) con oggetti e corpo; abitudini ritualizzate, preoccupazioni ed interessi ristretti. Inizialmente sono presenti anche in bambini con sviluppo tipico ma diminuiscono durante lo sviluppo. Zone cerebrali implicate nell'autismo: lobo temporale, amigdala (area sottocorticale): a forma di mandorla, fa parte del cervello primitivo e in particolare del sistema limbico. È una parte del cervello che ha la funzione di attivarsi di fronte al significato emotivo degli stimoli che percepiamo. Nello spettro autistico, l'amigdala è caratterizzata da un'ipoattivazione (funziona meno): i bambini non comprendono il significato emotivo degli stimoli che percepiscono perché hanno un'ipofunzione nell'amigdala nei compiti che implicano le espressioni facciali e la teoria della mente (capire le intenzioni degli altri), cervelletto: area particolarmente deputata al movimento, neuroni specchio: gruppo di neuroni (F5) nella corteccia premotoria, che si occupa del fatto che i neuroni specchio si attivino sia quando si compie un'azione finalizzata, sia quando si vede un altro compiere la stessa azione finalizzata. Servono a capire le intenzioni dell'altro tramite il movimento e ci servono per metterci nei panni degli altri. In questo caso, si capisce l'intenzione dell'altro dai movimenti che fa. Nei bambini con spettro autistico, gli autori hanno osservato una disfunzione precoce del funzionamento dei neuroni specchio: l'area F5 c'è ma la scarica di questi neuroni ha tempi e modalità che non consentono al bambino di cogliere l'intenzione altrui. Soprattutto nella prima infanzia, le relazioni sono tutte motorie: se i loro neuroni specchio non funzionano, non capiscono la relazione perché non sanno intercettare l'intenzione altrui dato i movimenti finalizzati dell'altro; fanno fatica a stabilire le relazioni per una disfunzione precoce dell'area dei neuroni specchio anche perché nei primi anni di vita la relazione è data dai movimenti reciproci che i due partner fanno. Teoria della mente = sviluppo e competenza della capacità di costruire rappresentazioni degli eventi ipotetici che non si riferiscono effettivamente alla realtà esterna. Un deficit comporta un fallimento nell'acquisizione della capacità di concepire e comprendere la mente dell'altro oltre che la propria. È stata studiata con il compito della falsa credenza = si presenta ai bambini una scenetta, con due personaggi e un oggetto. Il primo personaggio colloca l'oggetto in un contenitore ed esce; il secondo personaggio sposta l'oggetto dal contenitore ad un altro presente nella stanza. Il primo personaggio rientra per prendere l'oggetto. Si chiede allora al bambino di prevedere dove il personaggio andrà a cercare il proprio oggetto. La risposta corretta rappresenta il riconoscimento della falsa credenza; solitamente così accade per bambini con sviluppo tipico di 4 anni. Deficit primario della relazione interpersonale: deficit nei meccanismi innati del legame affettivo-intersoggettivo, che da luogo poi a deficit cognitivi. La difficoltà dei bambini autistici nella decodifica degli stimoli sociali limita la capacità di sintonizzarsi con gli altri, generando deficit di apprendimento, linguaggio e teoria della mente. Vi è un deficit nell'imitazione precoce

(sviluppo intersoggettivo per sviluppo funzioni sociocognitive: linguaggio, gioco, attenzione condivisa, empatia). Deficit delle funzioni esecutive: elementi auto-organizzanti che, sotto il controllo del lobo frontale, regolano i processi attenti, inibiscono risposte irrilevanti e generano obiettivi. Sono compromesse nei pazienti con danni ai lobi frontali. Altri deficit: pianificazione, flessibilità mentale, possibilità di produrre idee. Deficit della coerenza centrale: elaborazione degli stimoli in modo frammentario, focalizzando l'attenzione sui dettagli piuttosto che integrare le parti all'interno di un sistema dotato di significato. STRUMENTI DI VALUTAZIONE scale di valutazione FYI = questionario per identificare bambini di 1 anno a rischio di DSA, esplorando il dominio sociocomunicativo (orientamento sociale e comunicazione recettiva, coinvolgimento socioaffettivo, imitazione e comunicazione espressiva) e delle funzioni sensoriali (processamento sensoriale, pattern di regolazione, reattività e comportamento ripetitivo). M-CHAT = 23 item, di cui 9 legati alla presenza/assenza di pointing dichiarativo, attenzione condivisa e gioco di finzione, comportamenti normali o anormali. CARS = differenziare bambini sopra i 2 anni con disturbo spettro autistico da bambini con altre disabilità evolutive e determinarne la severità dei sintomi GARS = scala sviluppata per la diagnosi e lo screening dei soggetti con spettro autistico, usata per sostenere la pianificazione degli interventi terapeutici e a scopo di ricerca SCQ = per valutare i sintomi associati allo spettro autistico SRS = identificazione precoce dei bambini con spettro autistico e supporto per la diagnosi clinica. Indaga comportamento sociale, comunicazione e comportamenti ripetitivi. interviste semistrutturate ADI - R = somministrata ai caregivers di bambini di 18 mesi e adulti. Serve per discriminare spettro autistico da ritardo mentale. 3DI = intervista computerizzata, somministrata ai genitori, sviluppata per valutare la gravità dei sintomi dell'autismo dei bambini DISCO = valuta le compromissioni nell'area dell'interazione sociale, comunicazione, immaginazione e comportamenti ripetitivi. Può essere usata sia con bambini che con adulti. prove osservative prova di risposta al nome = la prova valuta la presenza/assenza della capacità del bambino di voltarsi e guardare chi lo chiama per nome. prova di attenzione condivisa = indaga la capacità del bambino di attirare l'attenzione di un'altra persona su un evento imprevisto e non controllato. ADOS e PL/ADOS = protocolli standardizzati per l'osservazione del comportamento sociale e comunicativo nei soggetti in attesa di ricevere una diagnosi di autismo. I due protocolli sono stati uniti in ADOS – G, in grado di includere: pazienti con linguaggio spontaneo limitato, ma non fluente; pazienti con eloquio fluente; pazienti privi di linguaggio espressivo."